Mihai Copăceanu
DEPENDENŢA SEXUALĂ

Editura Medicală
București, 2018
Imaginea de pe coperta I: **Mihaela Toader**
EDITURA MEDICALĂ ESTE MARCĂ ÎNREGISTRATĂ A.S.C. EDITURA MEDICALĂ S.A.
e „Toate drepturile editoriale aparţin în exclusivitate Editurii Medicale. Publicaţia este protejată integral de legislaţia internă și internaţională. Orice valorificare a conţinutului în afara limitelor acestor legi și a permisiunii editorilor este interzisă și pasibilă de pedeapsă. Acest lucru este valabil pentru orice reproducere – integrală sau parţială, indiferent de mijloace (multiplicări, traduceri, microfilmări, precum și la stocarea și prelucrarea în sistem electronic)”.
Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României COPĂCEANU MIHAI
Dependenţa sexuală/Mihai Copăceanu – București: Editura Medicală, 2018.
Conţine bibliografie
ISBN 978 – 973 – 39 – 0824 – 1
61
Redactor: **Corina Ghinoiu**
Secretar de redacţie: **Maria-Elena Neamţ**
Tehnoredactare computerizată: **Mihai Ștefănache**
În Honorem
CONSTANTIN BĂLĂCEANU-STOLNICI
La împlinirea a 95 de ani
Constantin Bălăceanu-stolnici (n. 6 iulie 1923, București) este om de știinţă român, medic neurolog, doctor în medicină, profesor de Neuropsihologie și Anatomie a Sistemului nervos, membru de onoare al Academiei Române, Director Onorific al Institutului de Antropologie „Fr. I. Rainer” al Academiei Române, Președintele de Onoare al Societăţii Academice de

Antropologie, Președintele Centrului Internaţional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO), autor de manuale de specialitate, conducător de doctorate și conferenţiar la evenimente academice naţionale ori în faţa publicului larg, cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul tinerilor.

În 2015, la vârsta de 92 de ani, a acceptat să coordoneze cercetarea doctorală a autorului acestei cărţi, cu titlul: *Consumul de substanţe psihoactive în rândul tinerilor.*

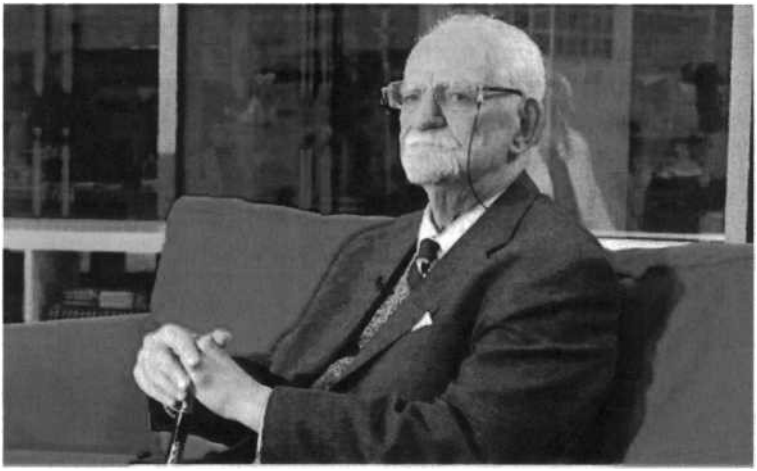

Photo: www˙adevărul˙ro

Dependenţa este determinată de două fenomene. Opiaceele se substituie endorfinelor, care sunt niște substanţe normale care servesc pentru funcţionarea sistemului nervos. Folosind opiaceele, acestea înlocuiesc endorfinele și organismul nu mai produce endorfine. în lipsa endorfinelor se produce o stare penibilă de trăiri anxioase, de neliniște, de chinuire sufletească foarte profundă pe care nimeni nu o poate descrie, decât cel care a trăit-o. Și atunci consumatorul simte nevoia să le înlocuiască din nou cu morfina. Deci este o dependenţă biochimică. Asta explică de ce este așa de greu să oprești consumul de droguri și care se face printr-o supraveghere medicală.

Al doilea mecanism este o dependenţă de ordin

neuropsihologic. Mecanismul acesta al plăcerii este bazat pe dopamină. Există un centru care bombardează cu dopamină scoarţa și creează senzaţia de plăcere. Ei bine, acest centru bombardează și o altă regiune importantă din creier, hipocampul, care este un centru de memorizare... Vreau să le transmit [părinţilor] să nu-i considere pe copiii lor niște vinovaţi, să-i considere absolut niște victime și să se poarte cu ei în consecinţă. Să nu agraveze trauma sau deformarea de mentalitate, de personalitate creată de consumul de droguri printr-o altă agresiune, cea din partea părinţilor. Este nevoie de afecţiune, de protecţie și nu de pedeapsă. Sigur că lucrurile sunt dificile, că uneori trebuie să fii ceva mai aspru, dar ideea este ca părintele în această situaţie să fie părinte și nu procuror. **(Constantin Bălăceanu-stolnici,** optimalmedia˙ro**)**

Cuprins

Cuvinte de bucurie 7
Interviu cu Academicianul Constantin Bălăceanu-stolnici 11
Prefaţă 21
Introducere 27
Capitolul 1
Sexualitatea umană 39
Repere istorice 39
Hormonii sexuali și comportamentul sexual 48
Sistemul nervos și comportamentul sexual 56
Răspunsul sexual 59
Capitolul 2
Adicţia sexuală versus dependenţa de sex 63
Definiţia conceptului de dependenţă 63
Aspecte clinice și diagnostic 71
Elemente ale istoricului familial 78
Elemente distinctive ale dependenţei de sex 79
Criterii pentru dependenţa de substanţă 88
Substratul neurobiologie al dependenţei 91
Rolul prolactinei în saţietatea sexuală 94
Adicţia sexuală și ADHD 97
Definiţia compulsivităţii. Relaţia dintre dependenţă și

compulsivitate 100
Diverse aspecte ale adicţiei sexuale (fizice, psihice, emoţionale, sociale) 106
Dependenţa de pornografie 110
Capitolul 3
Intervenţii terapeutice 125
Terapia de grup 133
Terapia de cuplu/familie 136
Terapia farmacologică 140
Comentarii 145
Capitolul 4
România, încă rușinea Europei. Ce riscuri implică lipsa educaţiei sexuale în școli 155
Prostituţie, sarcini nedorite la adolescente, agresiuni sexuale, violuri! 162
Cum recunoaştem un pedofil? 168
Soluţiile? Ce pot face părinţii? 171
Reacţia comunităţii 174
Eficienţa instituţiilor 175
Introducerea educaţiei sexuale obligatorii în școli 175
Tratamentul pedofililor 176
Iubire pasională și dorinţă sexuală 179
Anexă 185
Bibliografie 189
Cuvinte de bucurie

Mihai Copăceanu este o stea respectată în comunitatea psihologilor români. L-am auzit vorbind la conferinţele din România, exprimând încredere și o maturitate mult peste anii săi. Este bine documentat, devotat, inteligent și deschis spre noi moduri de gândire și învăţare.

Am condus Masteratul în dependenţă la Institutul de Psihiatrie (King3s Collège London) când mi-a fost student Mihai. De asemenea, am supervizat proiectul său de cercetare privind relaţia dintre doza terapeutică de metadonă, atitudinea pacienţilor dependenţi de heroină și înţelegerea tratamentului. El a elaborat cel mai bun

proiect din anul său și a chestionat cei mai mulţi participant – aproape 200 de pacienţi (nemaiauzit în timpul unui proiect de masterat) – dovadă clară a tenacităţii și capacităţii sale de a relaţiona extraordinar cu oamenii).

Este inteligent și foarte motivat. Știu că va susţine dezvoltarea psihologiei în România. Se descurcă bine cu pacienţii și cu personalul medical și are o dispoziţie generală fericită, dar serioasă.

Dr. *Adam R. Winstock*

Psihiatru, profesor la University Collège London; fondator al Global Drug Survey, cel mai mare studiu anual în domeniul drogurilor din lume; peste 100 de articole publicate.

Cu mai bine de 50 de ani în urmă, predam la Universitatea din Minnesota. Doi dintre studenţii mei, Cookie și Walter Stephan, mi-au sugerat să facem o cercetare interculturală. Cu supremaţia și încrederea caracteristică celor cu adevărat naivi, le-am explicat că psihologia interculturală nu reprezintă un domeniu interesant. Un om de ştiinţă autentic îşi propune să studieze universilii culturale și istorice, nu ceva fără importanţă și efemer. Dar cei doi studenţi au insistat și târziu mi-am dat seama cât de mult am greșit. Astăzi psihologia cros-culturală este regina ştiinţelor. Fără o cunoaştere a psihologiei culturale și a istoriei, cercetătorii care teoretizează despre o mică parte a comportamentului uman sunt precum cei care văd doar o secvenţă dintr-un film, nu filmul întreg.

Din fericire, am avut ocazia să colaborez cu unele dintre cele mai mari nume din domeniu: Shinobu Kitayama, Dan Landis, Hazel Markus, Shalom Schwartz, Cookie și Walter Stephan și, acum, cu eminentul Mihai Copăceanu, printre mulţi alţii.

Această carte despre dependenţa sexuală este un prim exemplu a ceea ce poate fi obţinut prin colaborări interculturale. Domnul Copăceanu combină în mod strălucit cunoștinţele obţinute din psihologia clinică, interculturală, cercetarea psihologică, sociologică, istorică,

precum și din neuroștiinţe și biologie, ajutându-ne să înţelegem dependenţa sexuală. (Hawai-i, aprilie 2018).

Dr. *Elaine Hatfield Profesor de psihologie la Universitatea din Hawaii; fost președinte al Societăţii pentru Studiul Ştiinţific al Sexualităţii (SSS); laureată a premiului William James al Asociaţiei pentru Ştiinţe Psihologice (APS) din S.U.A., pentru întreaga activitate de cercetare în domeniu; autoare a cărţii* Love, Sex, and Intimacy: Their Psychology, Biology, and History; *peste 150 de articole publicate.*

Cartea colegului nostru, psiholog Mihai Copăceanu, intitulată „Dependenţa sexuală”, corespunde unei nevoi sociale urgente. Cartea introduce paradigma holistă în abordarea sexualităţii ca parte fundamentală a realităţii umane, urmând un capitol consistent, de strictă specialitate, privind adicţia sexuală. Acesta se adresează sferei largi a celor implicaţi în activităţi nemijlocit legate de cunoaşterea umanului, de influenţarea și organizarea devenirii personale și sociale a tinerilor. Foarte specializat este și capitolul care tratează adicţia sexuală, capitol adresat psihologilor clinicieni, consilieri, terapeuţi, experţi judiciari. Lucrarea semnalează nevoia imediată de cercetare psihosociologică pe eșantion naţional în domeniul sexualităţii, cercetări necesare corpului profesional și în vederea consilierii, cu temei în cercetare, a factorilor de decizie social-politică, tema tocmai fiind în dezbatere largă, pornind de la iniţiative legislative.

Adicţia sexuală este un obiect încă deliberat în mediul asociaţiilor profesionale, unele care definesc conduitele profesionale. Este de luat în considerare faptul că în România am avut – și continuăm să avem –, dificultăţi în abordarea publică, extraprofesională, a problemei sexualităţii umane. Dominant este modelul eticist, concomitent existând o reală liberalizare a comportamentului sexual, dar fără a exista ghidajul adecvat care să permită comprehensiunea realităţii și importanţa bunei integrări a sexualităţii în persoană, în fiecare etapă a constituirii sale, și în buna structurare a

interpersonalităţii și raporturilor sociale, în acord cu modelul social în edificare, situaţie care comportă risc personal și social. Comunităţile profesionale au nevoie de o mai atentă aplecare asupra problematicii, în acord cu progresul ştiinţific în discipline de vârf – cum este psihoneurofiziologia –, asupra cărora autorul insistă.

Autorul face parte din generaţia tânără de psihologi – cu formaţie de specialitate în ţară și în străinătate, în mod special în spaţiul anglo-saxon –, spaţiu care excelează în cercetările ample din teren, începând din secolul XX și până în prezent. Cartea constituie un plus de deschidere a domeniului și are valoare de informare exactă asupra problemei adicţiei sexuale, utilă specialiștilor în demersul de psihodiagnoză diferenţială și terapie.

Dr. *Mihai Tur cu Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu; doctor în Psihologie – la Universitatea din București; decan al psihologilor din Sibiu; cu expertiză în consiliere, psihoterapie și psihosexologie; psiholog clinician la Spitalul de Psihiatrie Sibiu; fost psiholog militar; îndrumător pentru sute de viitori psihologi.*

Interviu cu Academicianul

Constantin

Bălăceanu-stolnici – *Neuropsihologia azi1*

Domnule profesor, prima întrebare se referă la domeniul numit neuropsihologie pe care dumneavoastră l-aţi cercetat de-a lungul anilor. Cât de importantă este neuropsihologia pentru un psiholog?

C.B.S.: *Ani de zile – de circa 60 de ani – am fost pasionat de ceea ce astăzi se numește „științele creierului” Acestea pornesc de la examenul morfologic, macroscopic și microscopic și ajung la cel electric și biochimic. Apoi abordează aspectele funcţionale de la cele mai elementare niveluri: gene, funcţii sinaptice, potenţiale de acţiune etc. până la funcţiunile fiziologice. Etapa cea mai dificilă este aceea de a corela ceea ce știm despre organizarea morfofuncţională a creierului și funcţiile prin care se manifestă sistemul psihic la animale și apoi la om; ceea ce constituie în fond esenţa neuropsihologiei. Personal, cred*

că orice psiholog trebuie să cunoască modul cum este alcătuit și cum funcţionează dispozitivul ce suportă activitatea psihică. în fond, e vorba de hardware-ul și o parte din software-ul ce stă

1 Interviu publicat în Revista „Profil" nr. 7/2007, Sibiu, redactat de Mihai Copăceanu.

la baza funcţiilor psihice și formează „obiectul muncii" lor. Cunoaşterea lor permite o înţelegere mai bună și raţională a psihismului uman și, totodată, este absolut necesară pentru a face legătura dintre psihologia normală și o parte a psihologiei patologice.

La ce nivel se regăsește neuropsihologia în România, în comparaţie cu ceea ce se întâmplă pe plan internaţional?

C.B.S.: *în general neuropsihologia, cu rare excepţii, (ca de ex., școala de la Cluj) nu este foarte mult aprofundată la noi. Este în mare parte rezultatul constrângerilor dure la care a fost supusă psihologia în anii comunismului, fapt care a dus la o rupere parţială de unele orientări ale psihologiei mondiale. Este și rezultatul dotării insuficiente a cercetării de la noi.*

Nu pot să nu amintesc de aportul adus de dumneavoastră domeniului neurociberneticii, alături de Edmond Nicolau, și de predecesorul ei, Ștefan Odobleja, de studiile dumneavoastră în realizarea unor modele cibernetice ale sistemului nervos. Pentru cei ce încă nu au auzit de această disciplină, vă rog să ne explicaţi ce este neurocibernetica și să ne arătaţi valoarea acesteia pentru neuroștiinţe.

C.B.S.: *Cibernetica intră cu adevărat pe scena preocupărilor ştiinţifice prin anii ¿48—49, odată cu apariţia celebrei cărţi* (Cybernetics or Control and Communicaţion în the Animal and Machine – N. ˚aut.) *a lui N. Wiener. E drept că au existat câţiva precursori al căror glas însă nu a avut răsunet. Este foarte greu de explicat ce este cibernetica într-un răspuns la o întrebare de interviu.*

În primul rând a introdus conceptul de informaţie cu toate aspectele sale teoretice (matematice), practice (folosite în comunicare), lingvistice și filosofice.

Acesta a permis detectarea unei clase de evenimente necunoscute care au loc în sistemul nervos și care explică la un nivel mai complex (folosind printre altele noţiunile de codare, de entropie, de cantitate de informaţie, de zgomot și multe altele) modul său de funcţionare. A permis chiar formularea unor ipoteze privind emergenţa conștiinţei (conștienţei) din activitatea cerebrală. Apoi a dus la formularea conceptului de reţea neuronală care astăzi este esenţială atât pentru neuropsihologie cât și pentru știinţa computerelor. Ambele aceste aspecte au permis chiar o abordare matematizată a neurofiziologiei și neuropsihologiei. Esenţială a fost și noţiunea de feedback (aferentaţie inversă) pozitiv și negativ care a permis o nouă înţelegere a funcţionării sistemului nervos de la simplul arc reflex până la unele aspecte ale activităţii cognitive și emoţionale.

Cred că orice psiholog ce se respectă trebuie să se familiarizeze cu cibernetica ce deschide un orizont extrem de bogat pentru înţelegerea mecanismelor vieţii psihice.

Dumneavoastră susţineţi un curs de Neuropsihologie la Facultatea de Psihologie și Științe Cognitive din București. Vă rog să ne spuneţi care este reacţia studenţilor faţă de Neuropsihologie și cum ar trebui să se raporteze la această disciplină?

C.B.S. *În general există o relativă rezistenţă la aprofundarea neuropsihologiei, care este grea, și face apel la un domeniu mai special (anatomie, microscopie, electrofiziologie, chimie moleculară ș.a.m.d.). Trebuie predată de oameni care cunosc bine materia respectivă dar care au și un spirit didactic dezvoltat și oricum totul trebuie însoţit de o iconografie cât mai completă și explicită. Studenţii trebuie să fie conștienţi să se raporteze la această disciplină ca la una fundamentală pentru profesiunea lor și nu ca la o disciplină academică inutilă care le îngreunează viaţa. Nu poate exista un adevărat psiholog care să nu fie familiarizat cu neuropsihologia.*

Trăim în secolul al XXI-lea, când știinţa a luat un avânt uimitor. Am putea susţine că prin descoperirea din ce în ce

mai mult a creierului uman, prin examinarea acestuia, persoana umană va fi cunoscută în totalitate? Cu alte cuvinte, cât de importantă este cunoaşterea creierului în vederea cunoaşterii omului și a comportamentului său?

C.B.S.: *Practic am răspuns deja, indirect, la această întrebare. Secolul XXI continuă să fie o perioadă de noi și noi investigaţii fructuoase în domeniul ce ne preocupă aici. Nu există lună să nu apară o nouă descoperire care desţelenește ignoranţa noastră relativă despre noi și mai ales despre psihismul uman. Se găsesc molecule noi care activează sau dezactivează unele funcţii (ca cea a memoriei); se identifică noi subsisteme ca cel de răsplată sau mecanismele somnului; se identifică clase noi de neuroni, ca neuronii specializaţi din regiunea frontoorbitară sau neuronii în oglindă; se pun în evidenţă celule stern cu rol în plasticitatea nevraxului; se găsesc structuri cerebrale implicate în funcţii subtile ca de ex. sentimentul religios etc., etc. Toate acestea contribuie la edificarea unei antropologii mai detaliate, care mai dezleagă unele aspecte legate nu numai de funcţii psihice elementare dar și de unele implicate în forme de manifestare complexe, ca cele ce definesc spiritualitatea și cultura.*

în aceeași ordine de idei, pare-mi-se că omul recent este condus mai mult de instinct, de pulsiune, se orientează spre obţinerea plăcerii și mai puţin ţine seama de raţiune, de intelect sau de comandamentele creierului?

C.B.S.: *Omul modern folosește aceleași mecanisme neuropsihologice ca și omul arhaic, numai că dispune de o bancă de date infinit mai bogată și de seturi conceptuale pe care acesta nu le avea. Nu cred că omul modern diferă de generaţiile care l-au precedat prea mult căci totdeauna, în afară de lupta pentru supravieţuirea lui și a speciei sale, a urmărit o calitate a vieţii cât mai bună și a alergat după satisfacţii hedonice cât mai numeroase. Ceea ce putem reproșa omului zilelor noastre este pragmatismul lui excesiv, goana pentru câștig și neglijarea culturii.*

Domnule profesor, în urma Declaraţiei de la Bologna

(1999), studiul Psihologiei în Facultăţile de Psihologie ˝s-a redus și în ţara noastră la 3 ani. Oare nu este mult prea puţin făcând o comparaţie și luând seama, de pildă, la colegii de la medicină care nicidecum nu au renunţat la cei 6 ani de facultate?

C.B.S.: *Personal sunt convins că reducerea timpului de învăţare duce la o reducere a calităţii pregătirii studenţilor, ceea ce este un aspect negativ, ale cărui efecte se vor vedea în curând. Măsura era însă necesară deoarece era nevoie de o uniformizare a programelor de învăţământ pentru a beneficia de o echivalare a diplomelor.*

Astăzi studentul se limitează în activitatea sa la obţinerea de informaţii, accesarea Internet-ului și la susţinerea examenelor pentru ca la final să fie recompensat cu o coală pe care să se scrie: Diplomă de Absolvire. Nu are o însemnătate majoră lectura minuţioasă în biblioteci, cu creionul pe hârtie, cercetarea serioasă cu ajutorul profesorilor coordonatori, dar mai cu seamă practica clinică?

C.B.S.: *Sunt studenţi și studenţi. Unii sunt doar vânători de diplome. Aceștia nu sunt studenţi adevăraţi. Apoi, sunt studenţi care învaţă ceea ce le fixează programele analitice. Sunt studenţi mediocri care însă pot ajunge la unele succese profesionale. Și apoi sunt studenţii buni care învaţă mai mult decât ceea ce li se predă, citind în biblioteci sau făcând apel la Internet (care este un instrument formidabil dacă știi să-l folosești critic). După părerea mea, ceea ce lipsește este preocuparea și de asimilarea culturii, de demersuri interdisciplinare, de integrare a specialităţii „învăţate” într-o viziune integrativă Știinţă-Cultură-Spiritualitate.*

În ceea ce privește practica clinică lucrurile sunt clare. Nu poţi fi medic fără a lucra la patul bolnavului și nu poţi fi psiholog, mai ales psihoterapeut dacă nu ai luat contact direct cu cei suferinzi. Patologia, în general, nu se poate învăţa la cursuri sau din cărţi. Trebuie să vezi „în direct” bolnavii, să discuţi cu ei, să-i examinezi și să-i

urmăreşti. Nu poţi să înveţi să conduci o maşină sau un avion din cărţi.

Vă rugăm să ne dezvăluiţi cum era viaţa studenţească în anii ⁊40—50, atunci când dumneavoastră eraţi student la Facultatea de Medicină, care era datoria studentului în acea perioadă?

C.B.S.: *Este foarte greu de răspuns, fiind[ə˜ anii studenţiei mele nu au fost simpli. A fost războiul, a fost perioada imediat postbelică şi apoi a fost instalarea comunismului cu toate necazurile lui. Facultatea de Medicină nu este un model căci ea necesită forme de învăţământ mult mai grele şi mai disciplinate. În plus nu trebuie uitat că la vremea aceea, elitele care reuşeau să treacă prin concursurile de internat şi externat aveau un regim paralel de învăţare extrem de riguros care se făcea în cadrul diferitelor clinici şi care nu avea nimic scolastic. Formarea mea medicală nu ˟s-a făcut în amfiteatre, săli de cursuri sau de lucrări practice, ci în saloanele de bolnavi şi laboratoarele spitalelor. Această formă au urmat-o însă foarte puţini (circa 10 – 15%). Ceilalţi urmau cursurile, care pe vremea aceea erau obligatorii, şi luau parte la prezentări de bolnavi, lucrări practice et[. Disciplina era extrem de riguroasă, iar absenţele erau sancţionate. De asemenea, în anii mei de studenţie nu am întâlnit şi nici nu am auzit de cazuri de corupţie la nivelul corpului didactic.*

Care este relaţia dintre psihologie şi medicină? Care sunt limitele psihologiei şi ale medicinei (şi aici mă refer în special la neurologie şi psihiatrie) deoarece deseori au existat polemici/conflicte între psihologi şi medici vis-à-vis de domeniul de activitate al fiecărei discipline. Până unde se poate „întinde" psihologia?

C.B.S.: *Medicina şi psihologia implică două demersuri deosebite. Aceste demersuri au un spaţiu comun atunci când este vorba de tratat bolnavii cu diferite dezordini psihice. Aici trebuie să existe o complementaritate şi nu o concurenţă sau un antagonism, căci atât medicul cât şi psihologul au o contribuţie proprie, cu abordări diferite, dar cu un scop unic: vindecarea*

bolnavului sau ușurarea suferinţelor sale. E drept că această colaborare este asimetrică, deoarece un medic, mai ales un psihiatru este îndreptăţit – dacă are cunoștinţele și experienţa necesare – să facă psihoterapie, în timp ce un psiholog nu are permisiunea să aplice tratamente medicale. De altfel, demersul medical implică o serie de cunoștinţe și o experienţă în domeniul clinicoterapeutic pe care psihologul nu le are. De asemenea medicul are o responsabilitate și îşi preia uneori riscuri enorme, mergând până la cel de a pune în primejdie viaţa pacientului. Psihologul, la rândul lui, trebuie, prin studii și stagii în spitale de specialitate, să-și însușească acele cunoștinţe care să-i permită să facă un diagnostic pozitiv și diferenţial care să-i îngăduie să evite să trateze psihoterapeutic bolnavi care necesită o abordare medicală.

Cunoaştem activitatea dumneavoastră bogată în domeniul clinic, vă rugăm să ne oferiţi câteva adevăruri pe care clinica vi le-a descoperit?

C.B.S.: *Activitatea clinică este „inima" învăţământului medical chiar și pentru cei ce vor opta pentru specialităţi de laborator, de explorări funcţionale, sau se vor dedica problemelor de organizare sanitară. Clinica aduce studentul în mediul lui de lucru și tot clinica îi dă posibilitatea să-și însușească aspectele manuale ale medicinei, de la injecţii și pansamente, la toate manevrele pe care această profesiune le implică și pe care mi le-am însușit nu numai de la corpul didactic sau cadrele medicale superioare dar și de la surorile medicale. în medicină trebuie să știi să înveţi de la oricine și trebuie să știi să recunoști ceea ce nu știi și să nu-ţi fie rușine să ceri sfaturi sau ajutor de la alţii, căci e vorba de sănătatea și, uneori, de viaţa bolnavilor. Lucrurile devin și mai dificile în condiţii de urgenţă (bombardamente, cutremure, front etc.) unde uneori fiecare minut contează. Am avut tristul privilegiu să cunosc și aceste aspecte care mi-au oferit o experienţă ce mi-a servit toată viaţa.*

în continuarea aceleași întrebări, vă rugăm să ne

dezvăluiţi care au fost principiile dumneavoastră încă din tinereţe și cum aţi reușit să dezvoltaţi o astfel de activitate remarcabilă, multidisciplinară și de excepţie, să deveniţi un om de știinţă emblematic pentru România?

C.B.S.: Principiul meu a fost foarte simplu. Mi-am dedicat aproape toată vremea învăţării și practicii medicale, iar în restul timpului am fost în special atras de aspectele culturale și spirituale ale vieţii. De asemenea, am dus o viaţă regulată, fără să pierd nopţi sau să mă rătăcesc în vâltoarea unor distracţii zgomotoase.

Trebuie să adaug acum un lucru important. încă din anul al III-lea am început, sub îndrumarea unor maeștri remarcabili, să mă ocup de cercetarea științifică. Recunosc că nu orice student trebuie să facă cercetare după cum nici orice medic nu trebuie să fie inclus în programe de cercetare. Cei ce fac însă cercetare capătă ceva în plus în afară de renumele pe care pot să și-l facă, ceva ce îi ajută considerabil nu numai în executarea profesiunii lor. E vorba de ceea ce am putea numi o „disciplină a minţii”.

În încheiere, oferiţi-ne câteva sugestii pentru un student la Psihologie.

C.B.S.: *Lucrurile ˇs-au schimbat mult faţă de situaţia din tinereţea mea. Au apărut alte repere, alte condiţii și oamenii fug după alte obiective. Tinerii care vor să-și facă o pregătire temeinică trebuie să muncească mult, să înveţe cât mai mult, să-și îndrepte preocupările și spre orizonturile culturii, să ducă o viaţă regulată în care odihna să fie respectată și să piardă cât mai puţină vreme în spaţiul hedonic.*

Prefaţă

Se spune despre doctori că fac multă școală, că învaţă mult în timpul facultăţii. E o glumă bună, pentru că de fapt, după ce ai intrat la facultate și te antrenezi vreo 12 ani cu tematica obligatorie, îţi dai seama că poţi să te apuci să înveţi doar ce îţi place. Nu credeţi? Hai să vă spun experienţa mea: am învăţat să operez impecabil, să pun diagnostice în boli rare, să recomand tratamente de ultimă generaţie, să îmi îndrum pacienţii către centre

superspecializate când abilităţile mele sunt depășite. Și totuși, lucrurile cele mai importante le-am învăţat după ani și ani de practică, de studiu individual, orientat către domeniile unde am constatat că pregătirea de care am avut parte a fost insuficientă: educaţia elementară pentru sănătate și prevenţia bolilor, care trebuie să fie baza pregătirii oricărui medic. **Iar educaţie elementară pentru sănătate fără educaţie sexuală nu există.**

Organizaţia Mondială a Sănătăţii definește sănătatea ca stare de bine fizic, psihic și sexual. Acum e la modă să mâncăm sănătos, să ne mișcăm, să facem sport și mă bucură mult trendul actual, deși informaţia de bună calitate e greu de evidenţiat.

Cât despre sex… asta e chiar o poveste întreagă. Cu un substrat științific, desigur.

Mi-am dorit să știu mai mult decât recomandările seci oferite pacienţilor, de repaus sexual după intervenţii chirurgicale diverse și educaţie sexuală menţionată, eventual, în treacăt adolescentelor.

În anul 2000, ˇs-a înființat Asociaţia pentru Medicina Sexualităţii din România și am urmărit cu interes activitatea lor o bună perioadă de timp. La una din conferinţele organizate la Sibiu, în 2010, mi-a atras atenţia o lucrare a unui tânăr psiholog: *Consumatorii de droguri și comportamentul sexual.* Un pic prea multă statistică pentru gustul meu, dar bine documentată, serios elaborată, și cu un mesaj clar. Și m-am gândit că dacă, așa crud fiind, e capabil să facă și să susţină o asemenea lucrare, sigur va avea multe de spus în următorii ani și trebuie să îi ţin minte numele: Mihai Copăceanu.

Ne-am reîntâlnit întâmplător în 2012 și m-a întrebat: nu ai vrea să susţii o prezentare pe teme de educaţie sexuală la un liceu în oraș? O ofertă de nerefuzat în condiţiile în care aveam în spate ani buni de practică medicală, unii din ei la cabinetul de planificare familială, și în care am adunat povești nenumărate. Și de atunci am tot fost în școli la invitaţia profesorilor și le-am vorbit adolescenţilor **„despre sex”** Și de fiecare dată concluzia

din partea elevilor a fost aceeași: să mai veniţi, obligatoriu, pe la noi. O activitate punctuală, rară, din păcate, raportată la nevoia reală de educaţie. Abundenţa de materiale informative care includ diverse trimiteri cu caracter sexual, accesibile oricând și oriunde, nu asigură educaţie.

De fiecare dată când am vorbit în școli am avut acordul părinţilor. Există oare un acord al părinţilor și pentru cei care le abordează copiii pe stradă? Există un cod de conduită pentru pedofilii internauţi?

Părinţii copiilor de azi, împărţiţi între lipsa educaţiei sexuale care le-a marcat adolescenţa și evoluţia rapidă a tehnologiei dau credit pentru această educaţie școlii. Teoretic. Pentru că și aici tot practica ne omoară. Să vă expun doar câteva cazuri practice:

Fetiţă de 9 ani, însoţită de mama ei, ˇs-a prezentat de urgenţă la un consult, pentru că în timp ce făcea baie, i-a intrat ceva în vagin. I-am scos din vagin o jucărie: un cowboy de plastic nevinovat și imobil, pe care mama l-a revendicat la plecare. I l-am returnat, cu condiţia să nu îl mai lase să facă baie cu domnișoara. Cel puţin când sunt eu de gardă.

Fetiţă de 11 ani adusă în urgenţă, mama ei susţinând că fetiţa a fost violată de partenerul ei de joacă, de aceeași vârstă. Când i-am explicat că îi voi face un consult și îi voi recolta probe biologice, ˇs-a mai gândit, și-a luat copilul și a plecat acasă.

1 Adolescentă, 16 ani, violată de o cunoștinţă apropiată, refuză să depună plângere la poliţie, de frica unor consecinţe legate de apartenenţa violatorului la „înalta societate”.

2 Adolescentă, 16 ani, gravidă. Singura informaţie primită de la mamă: *nu poţi să faci sex la vârsta asta, nu ai voie.* I-a arătat mamei că poate, chiar dacă nu are voie.

Adolescentă, 19 ani, vine însoţită de mamă la urgenţă, pentru dureri abdominale intense. După 20 minute, diagnosticul e clar pentru toată lumea: băiat sănătos, frumos, gălăgios. Mai puţin pentru mama tinerei, copleșită

de vestea că tocmai a devenit, pe neașteptate, bunică.

Domnișoară, 21 ani, necroză vaginală după aplicare locală de aspirină.

Doamnă, 32 ani, internată la chirurgie pentru o fistulă rectovaginală, dată de un capac de spray rămas în vagin.

3 Doamnă, 34 ani, intră la consult în cabinet împreună cu mama ei care începe să povestească ce probleme în activitatea sexuală are fiica ei. Menţionez că niciuna din cele două nu avea deficientă de auz sau de comunicare.

Doamnă, 35 ani, căsătorită de 5 ani, dorește investigaţii pentru infertilitate. Consultul ginecologic: *virgo intacta.* Adică nu a avut contact sexual vaginal.

Doamnă, 40 ani, ruptură vaginală prin traumatism mecanic.

Doamnă, 45 ani, vine la consult pentru că nu se mai simte atrasă de partenerul ei și nu mai are orgasm.

Toate acestea sunt doar câteva din cazurile care îmi vin în minte. Dacă ar fi beneficiat de o educaţie sexuală corespunzătoare, majoritatea acestor cazuri ˇs-ar fi rezolvat fără ajutorul meu.

Ce e de făcut? Avem nevoie de educaţie?

Când începem educaţia sexuală? Cine e abilitat să o facă?

Cine poate evalua cât ne costă această lipsă de informare și de educaţie?

Trăim în România și asta ne face viaţa frumoasă și interesantă dar nu e suficient.

Avem nevoie de un reper de normalitate, avem nevoie de un sistem de referinţă pe care acum îl pune în faţa noastră cu discernământ și responsabilitate, prin această carte, Mihai Copăceanu. Nu e o lectură facilă, e o carte pe care am parcurs-o cu creionul în mână, întrebându-mă de ce nu am avut norocul de a citi un curs cu un asemenea conţinut, în primul an de facultate.

Înţelegi citind-o ce subţire e graniţa dintre normal și patologic, că un impuls nepotrivit te poate îndruma pe o cale greșită, dar că există soluţii care te pot ajuta să depășești obstacolele, înţelegi că cei din jurul tău sunt

diferiţi și că diversele lor forme de manifestare sunt strigăte de ajutor neștiute și neglijate, cu rădăcini adânci.

O carte pentru părinţii care îşi iubesc copiii și care doresc să îi înţeleagă, să îi ajute și care sunt înainte de toate „părinţi” și nu „procurori”, pentru copiii de toate vârstele care dau de gustul libertăţii și care, înainte de a pica în capcana unei adicţii, oricare ar fi aceea, au șansa de a-i afla preţul corect, o carte pentru aceia care vor și pot să aducă un plus de valoare în viaţa cuiva.

În primul rând, în viaţa lor.

Un abecedar al adicţiilor în care vedeta, adicţia sexuală, ne atrage pe toţi în mrejele ei cu promisiunea că ni se dezvăluie. Și o vedem cum șade dezinvoltă pe tomuri de statistici și circuite anatomice uitându-se la noi, studenţi, psihologi, medici, profesori, oameni de rând, etalându-și ușor, metronomic, oferta.

Suficient? Da, ca să ne deschidă apetitul.

O carte cu un obligatoriu: va urma…

Dr. *Elena Ucenic*

Medic primar obstetrică-ginecologie la „Pan Medical” și la „Polisano” Sibiu; implicată activ în educarea copiilor și adolescenţilor, susţinând prezentări în școli și licee.

Introducere

Cazul A

Într-o dimineaţă de vară, îmi sună telefonul și o voce plăcută mă întreabă direct:

Domnule psiholog, am văzut pe blog că sunteţi specializat în adicţii, vă ocupaţi și de alte tipuri de adicţii, fără droguri?

Da, dar să vedem, despre ce este vorba?

Aș prefera să stabilim o întâlnire în cadrul căreia să vă ofer detalii.

La prima ședinţă întâlnesc o doamnă trecută de 40 de ani, cu gesturi pline de senzualitate, îmbrăcată deosebit de elegant, cu un parfum fin de iasomie, tocuri înalte, telefon și poșetă de lux, care tocmai și-a aruncat ţigareta în scrumiera de la ușă și a intrat în cabinet fără să-și ridice

ochelarii de soare.

Pot intra?

Bună ziua, vă rog!

După câteva întrebări protocolare îmi spune răspicat:

Ştiţi, îmi iubesc foarte mult soţul. Suntem căsătoriţi de aproape 10 ani, el este un domn foarte bogat din oraș, respectabil, inteligent, nu îi dau numele, avem și un copil împreună, doar că de amant nu mă pot despărţi. Duc o relaţie de dependenţă pur sexuală, de pasiune nebună, de aproape 2 ani. Ne vedem pe ascuns aproape zilnic. E un chin. Vă rog să mă ajutaţi.

Cazul B

O doamnă, medic, de 37 de ani, a fost căsătorită timp de 13 ani. Chiar și în acea zi în care ˇs-a căsătorit, a avut o aventură. Modelul ei neobișnuit era să aibă doi sau trei parteneri în paralel. în ședinţele de terapie, terapeutul ei a propus abordarea relaţiilor de tip compulsiv, dar ea a respins abordarea terapeutului spunând că problema era căsătoria ei. Apoi a descoperit Internetul și videochatul. în timp ce soţul dormea, ea se angaja în mod repetat în conversaţii romantice, sexuale, cu mai mulţi bărbaţi simultan, pe tot parcursul nopţii. Conversaţiile romanice au escaladat la sexul prin telefon, iar sexul la telefon a condus la întâlnirea cu mai mulţi bărbaţi în diverse hoteluri. în cele din urmă, a fost găsită bătută și lăsată aproape moartă într-o cameră de hotel de către un bărbat pe care l-a întâlnit prin Internet (adaptat după Carnes, 2000).

Cazul C

Maria este o femeie căsătorită, în vârstă de 28 de ani, cu doi copii mici, care solicită o consultaţie privind situaţia ei de cuplu și comportamentul soţului, George (mai mare cu 9 ani). Descoperise de ceva timp că George navighează pe site-uri porno pe laptopul său. I-a spus că a aflat și el a devenit agitat, nervos, defensiv și a acuzat-o că i-a umblat în calculator, încălcându-i intimitatea. Când i-a propus să meargă împreună la terapie, el a refuzat. Nu știe cât timp petrece vizitând site-urilor porno, dar a văzut că

are o listă cu site-urile pe care le vizitează. într-o zi, când ˇs-a uitat pe site-uri, a rămas șocată și dezgustată de videoclipurile văzute, dintre care unele implicau sexul homosexual. A recunoscut că a fost mult timp îngrijorată de viaţa lor sexuală diminuată și de deconectarea emoţională pe care o simţea. Acum, Maria este confuză și speriată de ceea ce ar putea însemna aceasta pentru sexualitatea soţului ei și se îngrijorează despre viitorul relaţiei lor. Ar dori să fie ajutată să-și înţeleagă sentimentele și să elaboreze un plan de a aborda acest lucru cu George (adaptat după Follets, 2008).

Cazul D

Radu are 24 de ani și locuiește împreună cu prietena lui, Teodora, de aproximativ 5 ani. Are o dorinţă sexuală „nesănătoasă” pentru adolescente minore. Vine la terapie pentru a se vindeca de acest interes sexual. Petrece în secret 3 – 8 ore pe săptămână, uitându-se pe Internet la imagini cu minore. Recunoaşte că comportamentul lui a afectat relaţia sa de cuplu și viaţa sexuală. Este extrem de ambivalent cu privire la relaţie, dar nu a vorbit deschis cu Teodora despre sentimentele sale. Recunoaşte că a evitat contactul sexual cu Teodora, dar și că a avut dificultăţi de a merge singur la sala de fitness sau în alte locuri publice. Radu afirmă că starea lui de spirit este mai deprimată și că este îngrijorat de faptul că ˇs-a aflat despre comportamentul său. Se simte vinovat și rușinat.

Sunt doar patru cazuri care ne introduc deja în problematica complexă a sexualităţii, cazuri care ajung în cabinetul psihoterapeutului, nu de fiecare dată într-o manieră directă și limpede. Deci, despre fenomenul adicţiei sexuale ne vom ocupa în paginile următoare.

Gânditorul italian Julius Evola definea sexul ca pe „cea mai mare forţă magică a naturii”; în el acţionează un impuls care prefigurează misterul Unului, chiar dacă aproape totul, în relaţiile dintre bărbat și femeie, se degradează în îmbrăţișări animalice, se descompune și se risipește în sentimentalisme fade și idealizante sau în regimul domesticit al legăturilor conjugale socialmente

autorizate. Și totuși, dacă în existenţa obișnuită se manifestă involuntar un reflex al unei transcendenţe trăite, asta se întâmplă prin sex și, când e vorba de omul comun, se întâmplă numai prin sex (Evola, 2002).

Dacă vorbim doar de tineri, sexualitatea ocupă un loc important în viaţa adolescenţilor, fiind o „cale de autoafirmare și confirmare în rolul de sex, așa se explică de ce eșecul de la începutul vieţii sexuale se înrădăcinează la nivel psihologic” (Mitrofan, 2002, p. 144).

Am oferit aceste două citate pentru a încerca încă de la început a înţelege cât de complex, vast, puţin deslușit este domeniul sexualităţii și ce importanţă are pentru om. Trăim într-o societate profund marcată de rigorile unei tradiţii religioase, precum România. Discuţia despre sexualitatea umană este încă un tabu. Reticenţa unei părţi însemnate a societăţii de a accepta dezbaterea despre sexualitatea umană, în toate formele ei și mai ales de a educa copiii și tinerii este încă o problemă a României mileniului al III-lea, bineînţeles cu grave efecte asupra sănătăţii populaţiei dar și a vieţii și integrităţii, după cum vom citi în partea finală.

Este foarte adevărat că în aceste timpuri se constată o pornografie excesivă, nemaiîntâlnită de-a lungul omenirii, deseori chiar agresivă, în toate locurile publice și pe toate canalele informaţionale. Au dispărut decenţa și pudoarea, iar intimitatea corporală este dezvăluită ca un bun comun, public. Evola afirmă că femeia e prezentată sub mii de forme pentru a-l atrage și intoxica fără încetare, din punct de vedere sexual, pe bărbat (Evola, 2002, p. 35). Dar mai grav, avem nu doar femei, ci ne confruntăm cu o exploatare și o explozie a pornografiei infantile, folosind mijloacele Internetului, social media și tehnologiei moderne, o creștere necontrolată a site-urilor cu risc, apare șantajul online, conturi cu profile false, trafic de produse pornografice online, cărora le cad pradă minorii. Un raport al Organizaţiei Salvaţi Copiii, din 2017, ne demonstra că numărul cazurilor de pornografie infantilă ˟s-au dublat faţă de anul 2016, cele mai multe victime fiind

sub 10 ani și de sex feminin.

Cifrele variază de la o ţară la alta, de la utilizatori la utilizatori, însă Internetul a făcut ca totuși să nu mai existe graniţe între ţări și între utilizatori. în America există o producţie foarte mare de pornografie; conform unelor estimări un film porno se produce la fiecare 39 de minute.

În acest context devine sugestiv modul în care ne gestionăm propriul comportament sexual, modul în care ne protejăm propria integritate și modul în care părinţii îşi protejează copiii. Constatările personale din ultimii ani, literatura de specialitate, cazurile grave prezentate în presă, mi-au confirmat faptul că există o preocupare excesivă a oamenilor inclusiv pentru sexualitatea de tip deviant. Ne-am întâlnit cu fenomene sociale grave, în sensul tolerantei fată de violatori, concomitent cu condamnarea victimei, așa cum a fost cazul violului de la Vaslui, unde în 2015,7 tineri au violat o elevă, iar comunitatea se împărţise în două: unii care condamnau tinerii și alţii care acuzau victima.

Începând de la vârsta copilăriei, chiar mai înainte, micile făpturi umane sunt interesate de tot ce înseamnă descoperirea sexualităţii. Freud însuși insista asupra resorturilor psihice ale sexualităţii micii fiinţe, din primul an de viaţă. Sexualitatea interesează și stârnește curiozităţi, sexualitatea proprie și sexualitatea celorlalţi, persoane de același sex sau diferit. Sunt interesaţi nu doar din proprie iniţiativă, ci pentru că există o piaţă nemărginită care oferă astfel de conţinuturi, de cele mai multe ori, după cum spuneam, imposibil de monitorizat încă de la cele mai mici vârste. Copiii, adolescenţii, adulţii și chiar și vârstnicii, prezintă curiozitate și preocupări pentru sexualitate, în ciuda faptului că la cei din urmă biologicul îşi impune amprenta într-un mod considerabil.

Dintr-o interogaţie veche (dar mereu actuală) și mai mult dintr-o curiozitate personală faţă de preocuparea acestora, întâlnind cazuri în școli, în instituţii, în centre ale statului, la cabinet, a ieșit decizia studierii acestei problematici. **Poate deveni sexualitatea o activitate**

care să ne cauzeze prejudicii și să ne afecteze echilibrul psihoemoţional și funcţionarea socială? De unde începe tulburarea de tip dependenţă sexuală și cât este doar interes ridicat, neproblematic sau pasiune sănătoasă? Expertul american Carnes, pe care îl voi aminti repetat, susţine că, deși sexul se află în centrul identităţii noastre când devine o compulsiune, el ne poate ruina viaţa.

Comportamentul sexual este un comportament complex și nu ușor de definit, necesitând o abordare inter –, pluri –, și transdisciplinară. Comportamentul sexual compulsiv a primit atenţia specialiștilor din diverse domenii din medicină, psihiatrie, sexologie, sociologie, antropologie, neuroștiinţe, drept sau psihologie. Abordările multidisciplinare, interdisciplinare și transdisciplinare câştigă teren în ultimii ani.

Publicarea, în 1983, a cărţii *„Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction”* de către dr. Patrick Carnes (pionier și unul dintre cei mai apreciaţi specialiști în tratamentul dependenţei de sex), a marcat paşi importanţi pentru recunoaşterea și definirea fenomenului cunoscut sub numele de **adicţie sexuală.** De atunci, cartea a fost revizuită și actualizată pentru a include cele mai recente cercetări și pentru a aborda fenomenul dependenţei de cybersex.

Odată cu utilizarea zi și noapte, abuzivă, compulsivă, în exces a Internetului, acesta ne-a propus și ne-a facilitat noi tipuri de dependenţe, nu doar cea de Internet în sine, de tehnologie, de jocuri sau site-uri de socializare, cât de site-urile care pot fi accesate, în ceea ce privește conţinutul lor sexual și pornografic, vulgar și pervers.

Pare surprinzător, dar la începutul anilor 1990, National Institute of Health din America a definit sexual addiction ca fiind una dintre priorităţile acestei instituţii, și vorbim totuși de o instituţie cu peste 20.000 de angajaţi și cu un buget, în 2018, de aproximativ 37 de miliarde de dolari. ˇS-a estimat că în S.U.A. ˇla acea vreme existau mai mult de 15 milioane de americani care se confruntau cu

această tulburare. Bineînţeles că pe parcursul anilor, numărul a crescut semnificativ. Astfel, conform National Associaţion of Sexual Addiction Problems, acum sunt mai mult de 21.5 milioane de persoane dependente (un procent de peste 8% din populaţia Americii). Cercetările au arătat că în rândul studenţilor cifra este mult mai mare, și anume peste 30% dintre studenţi erau dependenţi de sex (Erich Griffin-Shelley, 1991, p. 63). Date despre români încă nu avem.

Tulburarea denumită „sexual addiction" sau adicţie sexuală (dependenţă de sex) reprezintă o temă inedită de cercetare concomitent cu dezvoltarea unor metode terapeutice efectente, centrate pe această problematică. Se împlinesc mai bine de 30 de ani de când specialiștii americani, cercetători, au luat în seamă fenomenul cu pricina. în România, situaţia este încă nesigură, numărul specialiștilor cu competenţe în tratarea adicţiei sexuale fiind extrem de redus. De altfel și numărul pacienţilor care recunosc și solicită ajutor. De fapt, o altă problemă a societăţii este lipsa unor servicii specializate, a unor clinici centrate pe terapia tulburărilor sexuale care să promoveze sănătatea vieţii sexuale.

Primele studii, la începutul anilor ȥ80 au fost oarecum incomplete, iar mai apoi de îndată ce fenomenul a început să capete amploare, ˇs-a impus și studierea din mai multe perspective, astfel încât să se realizeze o viziune de ansamblu și unitară a dependenţei de sex. Rând pe rând, și în ţările din Europa (Marea Britanie, Franţa, Italia) iminenţa cercetării adicţiei sexuale n-a încetat să apară.

În Italia, în 2004, LƷAssociazione Italiana per la Ricerca în Sessuologia (AIRS) a propus o cercetare pe plan naţional pentru a măsura dependenţa de sex. Instrumentul care ˇs-a folosit nu a fost binecunoscutul test SAST (Sexual Addiction Screening Test) elaborat de Carnes, deoarece ˇs-a considerat a fi neadecvat pentru dependenţa de sex în Italia, și în consecinţă ˇs-a creat un chestionar specific de către dr. Franco Avenia: Sexual Addiction Inventory (SĂI/2). Rezultatele au arătat că din 1.046 de subiecţi, 6%

erau dependenţi de sex, cei mai mulţi fiind bărbaţi (54%), cu o vârstă cuprinsă între 26 și 35 de ani și cu studii medii.

Medicii cu specializare în psihiatrie, psihologii, psihoterapeuţii, neurologii, sociologii și sexologii, cu toţii ˘s-au preocupat alarmant îndeaproape de acest fenomen. Fiecare dintre aceștia au recunoscut iminenţa studierii serioase și în profunzime, chiar dacă prea puţine dintre persoanele ce prezentau semnele tulburării de acest gen ˘s-au prezentat să solicite sprijin de specialitate, uneori prezentându-se la cabinetul medical sau la cabinetul de psihoterapie cu alte obiective. în cadrul conferinţelor europene, internaţionale și naţionale în domeniul medicinei sexualităţii, profesioniștii au abordat diferite aspecte ale fenomenului, estimând că numărul celor afectaţi este mult mai mare, însă, ca și în cazul altor tulburări, numărul este subraportat, estimările variind de la o ţară la alta. în România, deși am aderat la organizaţiile tranşatlantice, iar comunitatea europeană ne-a permis să i ne alăturăm în 2007, încă sunt multe lucruri nerânduite și necercetate. Ministerul Sănătăţii are multe deficienţe, Colegiul Psihologilor are alte probleme de abordat, Universităţile au priorităţile lor, astfel că a rămas în sarcina unor institute ori organizaţii private să educe populaţia.

Așa se întâmplă că „sexual addiction” rămâne pentru specialiștii români nu doar o simplă noutate, ci și un domeniu de care nu au habar, iar unii nici nu vor să dea crezare existenţei dependenţei de sex. Cât privește formarea psihoterapeuţilor în terapia dependenţei de sex, asta reprezintă o altă problemă.

Personal, sunt realmente convins de faptul că nu peste mulţi ani, la ușa cabinetelor de psihoterapie vor suna și adictivii sexuali, persoane ce nu-şi pot continua viaţa într-o manieră normală, fiind obsedaţi de sex, persoane ce suferă disfuncţii familiale, au fost date afară de la serviciu, ce nu mai pot să-și creeze o carieră, părăsiţi de familie și evitaţi de prietenii din cauza manifestărilor impulsurilor sexuale sau pur și simplu care nu pot menţine o relaţie de

fidelitate și se angajează în comportamente sexuale compulsive, în afara relaţiei, cu mai mulţi parteneri. În primă fază, în ţările civilizate ˇs-au creat asociaţii care strângeau laolaltă un anume tip de pacienţi, preluând modelul alcoolicilor anonimi. ˇS-au creat instituţii de cercetare, ˇs-au creat specializări și reviste de specialitate pentru o înţelegere pertinentă a problematicii în cauză care să conducă la terapii eficiente. Deci modelul a fost cel al Alcoolicilor Anonimi, Sex Addicts Anonymous fiind programul de grup care respectă programul de recuperare – cei 12 pași.

Adicţia este o tulburare cronică complexă. Cercetările au demonstrat că de obicei apare în adolescenţă deoarece este perioada în care creierul este într-o permanentă schimbare. Cortexul prefrontal, localizat chiar în spatele frunţii, care guvernează funcţiile corespunzătoare cu raţionalizarea și luarea deciziilor este cea din urmă parte a creierului care se dezvoltă (Nora D. Volkow, 2006, p. 18). Acest fapt poate oferi explicaţii care să ne îndemne să înţelegem de ce dintre persoanele adictive majoritatea au avut un debut în perioada adolescenţei. Bineînţeles că nu trebuie să punem totul pe seama neurobiologiei. Adolescenţa este perioada cea mai instabilă din viaţă, când adolescenţii pot fi foarte ușor influenţaţi. Astăzi familia nu mai reprezintă un reper, adolescenţii preiau modele de comportament sexual din mass media sau anturaj. Televiziunea, prin emisiuni, clipuri publicitare sau filme afișează și propune modele care sunt adoptate de tineri. Sunt cercetări care evaluează influenţa modelelor asupra tinerilor. De exemplu, un tânăr care urmărește filme unde personajul principal fumează are un risc de 16 ori mai mare de a fuma.

Sexualitatea adolescenţilor nu este încă încheiată. Ea trebuie integrată în cadrul personalităţii cu mare precauţie, pentru că de modul în care sexualitatea este integrată va depinde echilibrul și funcţionarea psihoemoţională a persoanei adulte. Experienţele au un rol marcant pentru adolescenţi. Ele pot provoca conflicte și

pot lăsa urme de neșters. De aceea prevenţia și intervenţia sunt de succes când sunt făcute cât mai timpuriu, pentru că creierul, fiind în dezvoltare, este mult mai receptiv la intervenţii.

Viaţa sexuală a societăţilor moderne trece prin transformări importante, care afectează viaţa emoţională a celor mai mulţi dintre noi. Schimbările din / /

economie dar și din celelalte ramuri înrudite pot provoca relaţii cauzale cu schimbări în sfera sexualităţii, în gelozia maritală, în rolul de gen dar și în ideologiile sexuale (Reiss, 1986, p. 217).

Cercetările au arătat o serie de factori de risc ce conduc la adicţie: tulburări de conduită, tulburări emoţionale, abuz fizic sau sexual, comportament agresiv, probleme la școală, abilităţi sociale scăzute, relaţie defectuoasă cu părinţii. Știm aceste lucruri și totuși problematica adicţiei sexuale nu este rezolvată în totalitate. Pentru că sexualitatea este un fenomen complex va mai rămâne loc deschis noilor cercetări pentru elucidarea misterelor fiinţei umane în scopul perpetuării unei condiţii umane sănătoase biopsiho-social.

Astfel, astăzi psihologia cu greu mai poate ignora rezultatele antropologiei, neuroștiinţelor, medicinei ori științelor comunicării. Avem nevoie de raportarea la o psihologie care să analizeze implicaţiile morale, etice, sociale și politice ale teoriilor și practicilor psihologice. Cu alte cuvinte, obiectivul psihologiei nu poate fi eminamente de cercetare și psihoterapie ci și de a promova emanciparea societăţii. Cu toate acestea, parcă prea des vedem psihologi care îşi dau cu părerea, speculând sau chiar făcând erori grave în presa scrisă, pe Internet, la televiziune sau la radio.

Mi-am propus, în paginile următoare, să ating cel puţin trei obiective:

să înţelegem printr-un demers comprehensibil fenomenul adicţiei sexuale bazându-ne pe literatura de specialitate existentă, să afirmăm că adicţia sexuală este o tulburare, chiar dacă nu a fost introdusă în ultimul manual

de diagnostic american al tulburărilor mentale, DSM V;

1) să identificăm conţinutul psihologic al fenomenului și al modului în care adicţia sexuală se poate transforma din obiect al demersului ştiinţific în obiect al psihoterapie!, modul în care sexul se transformă din pasiune în obsesie, din componentă a calităţii vieţii în povară;

2) să atragem atenţia asupra efectelor negative ale ignoranţei comportamentului sexual, a lipsei educaţie sexuale din școli, a nevoii de cunoaştere, îndrumare și, în funcţie de caz, de psihoterapie.

Cu alte cuvinte am în vedere modul în care un psiholog poate interveni specializat în tratamentul unei persoane cu adicţie sexuală sau care îşi face probleme pentru viaţa sa, și modul în care noi ca parte a unei comunităţi reacţionăm la problemele majore de sănătate publică, și de ce nu, modul în care – prieten fiind – observ dificultatea ta și te susţin și te îndrum către psihoterapie.

Capitolul 1

SEXUALITATEA UMANĂ

Repere istorice

Filosoful Michel Foucault (1926 – 1984) susţinea că din punct de vedere istoric au existat două atitudini faţă sex, și anume:

Ars erotica cea care pune accentul pe plăcerea considerată ca o practică, o experienţă ce duce la un tip anume de cunoaştere secretă, intimă. Efectele acesteia constau în stăpânirea absolută asupra trupului, în voluptate, uitare a timpului și a limitelor sale și în alungarea perspectivei morţii;

1. *Scientia sexualis* cea care apare ulterior, ca o replică la cea dintâi. Scientia sexualis derivă din „ritualurile de mărturisire” impuse de anumite culturi religioase ce au ca scop controlul comportamentului sexual. în acest sens se desprind două momente: momentul religios, legat de mărturisirea comportamentului sexual ca păcat, în raport cu prescripţiile moralei creștine și momentul medical, constând în mărturisirea comportamentului sexual ca „perversitate”, ca boală în raport cu cadrul normalităţii

medicale (Enăchescu, 2003, p. 24).

Filosoful, din fericire, nu a trăit în epoca Internetului impregnat de pornografie pentru a avea o abordare suplimentară asupra sexualităţii. Despre sexualitate ˝s-a vorbit dintotdeauna, pentru că sexualitatea încă de la începutul lumii a fost o componentă a naturii umane. în înţelegere creștină, autorii patristici considerau sexualitatea ca fiind o urmare a izgonirii lui Adam din Paradis, dar aceasta rămâne o altă discuţie. Eliade, istoricul religiei, studiind cele mai primitive forme tribale a observat că sexualitatea, alături de hrană și muncă avea o valoare sacramentală.

Nu mai departe, în civilizaţia egipteană activitatea sexuală era sacră, expresie a culturii fertilităţii. Prostituţia era larg răspândită, iar adulterul interzis, deși mulţi dintre soţi îşi înșelau soţiile, existând numeroase probleme legate de moștenire, mai ales în rândul clasei sociale superioare.

La vechii israeliţi, religia avea un rol deosebit de important în organizarea societăţii, potrivit principiului teocraţiei, astfel că era acordată o mare atenţie căsătoriei, conform prevederilor din Talmud (Mișna și Ghemara). Erau pedepsite masturbarea, homosexualitatea și adulterul, chiar prin pedepse capitale (în cazul adulterului – lapidarea). Femeia era considerată inferioară și supusă bărbatului. Și astăzi avem preoţi creștini care condamnă masturbarea și care consideră bărbatul superior femeii.

În Orientul Antic amorul era reprezentat de o zeiţă cu numele Venus (în Grecia, Afrodita), fiica lui Jupiter. în templele dedicate zeiţei slujeau preotese frumoase care practicau prostituţia sacră. Zeii înșiși erau antrenaţi în diverse aventuri amoroase, practicând diverse orgii. Grecia era ţara în care poligamia ori homosexualitatea (chiar în rândul regilor sau filosofilor) erau practicate, considerate ca o sexualitate normală, iar prostituţia era permisă în cetăţi, mai ales în cele de pe marginea mării, unde marinarii îşi risipeau aurul agonisit în schimbul unor clipe de plăcere.

În acest sens, redau mărturisirea filosofului și

istoricului Foucault cu referire la homosexualitatea din Grecia Antică, menţionând exemplul lui Alcibiade: „Grecii nu puneau în opoziţie ca două opţiuni exclusive, ca două tipuri de comportamente radical diferite, dragostea faţă de partenerul de propriul sex și cea faţă de partenerul de sex opus. Când i se reproșează lui Alcibiade că e desfrânat, reproșul nu viza în sine nici relaţiile cu femeile, nici cele cu bărbaţii, ci i se reproșa faptul că în adolescenţă ademenea și îi îndepărta pe bărbaţi de la soţiile lor” (Foucault, 2001, p. 179 – 180 și Diogene Laertios, *Vie des Philosophes, IV, 7,49).* însuși cuvântul Eros apărea pretutindeni și avea un caracter pragmatic, era dezbătut în pieţele publice, dar și în scrierile filosofice ori în poemele homerice: izvor de Eros poate fi sunetul lirei, glasul unui cor de tineri, melodia flautelor sau cântul poetului (Calame, 2004, p. 48).

Pentru Aristotel, sexul exista în scopul generării, pe care el îl considera un caz paradigmatic al devenirii, al schimbării în prima categorie a fiinţei. Dacă femeia era cea care asigură materia (prin sângele menstrual), rolul eficient era destinat bărbatului, el era cel care generează, sau așa cum afirma: bărbatul e cel care are capacitatea de a oferi sufletul sensibil, fără de care materia nu are viaţă; în timp ce trupul provine de la femelă, sufletul provine de la mascul (Lacquer, 1998, p. 34).

Ajungem în perioada Evului Mediu, care a schimbat concepţiile și moravurile despre sexualitate. O explicaţie este și faptul că morala se baza în mare măsură pe preceptele religioase, astfel încât Biserica deţinea nu doar prestigiu, ci și putere asupra oamenilor. Evident, activitatea sexuală era admisă doar cu scopul procrcării, iar practicile homosexuale sau adulterul erau interzise și pedepsite drastic. în Franţa, Școala de Drept din Orléans a publicat un cod de legi care prevedea pedepsirea prin castrare pentru prima greșeală, tăierea unui membru pentru a doua greșeală și arderea pe rug pentru a treia greșeală (Pârvu și colab. 2000, p. 18).

Trecând de la istorie la cercetare trebuie subliniat că

preocupările pentru domeniul sexologiei sunt foarte vechi. încă din perioada Renașterii (perioada preștiinţifică) au existat preocupări de ordin biologic, odată cu descoperirea corpului uman și cu primele disecţii. Rămâne de reţinut frontispiciul lucrării lui Andreas Vesalius, *De humani corporis fabrica* (1543), care prezenta o scenă de disecţie din secolul al XVI-lea, un fel de prim atlas de anatomie în care erau expuse, pe lângă mușchi și oase, inclusiv organele genitale, ceea ce nu a plăcut foarte mult Biserii Catolice.

Numele lui Leonardo da Vinci (1452 – 1519) rămâne de neegalat nu doar în domeniul științei, al astronomiei sau al fizicii, dar și în cercetările asupra corpului uman (de exemplu, izomorfismul dintre uter și scrot). Cel care, după două milenii, îi va contrazice pe Galenus (personaj remarcabil pentru istoria anatomiei umane, el pledând pentru o similitudine între aparatul genital masculin și cel feminin: organele genitale feminine sunt identice cu cele masculine, cu singura excepţie că sunt răsturnate) și pe Aristotel, va fi fizicianul englez William Harvey (1578 – 1657) care a descoperit rolul central al inimii în circulaţia sângelui, organul care pompează sânge (245 1 sânge/h) în vene, artere și extremităţile corpului *(Exercitatio Anatomică de Motu Cordis et Sanguinis în animalibus).* Secolele următoare au fost marcate de alte nume precum Buffon, De Graaf, Lamark sau Darwin.

Începând cu secolul al XIX-lea, perioada romantismului pune echilibru formelor clasice în favoarea libertăţii și fanteziei. Romantismul înlocuiește raţionalul din sexualitate cu emoţia și instinctul. Bărbatul și femeia devin egali, iar căsătoria se bazează pe dragostea reciprocă. Se militează pentru libertatea dragostei, pentru permisivitatea activităţilor sexuale înainte de căsătorie, cât și extraconjugale (Pârvu și colab. 2000, p. 21).

Perioada științifică a fost inaugurată de studiile clinice ale lui Jean Martin Charcot, iar primele observaţii medicale asupra patologiei sexuale sunt datorate psihiatrului Richard von Krafft-Ebing (1840 – 1902) – prin

lucrarea *Psychopatia Sexualis* din 1886, lui Moll, Raffalovith sau Năcke. Pornind de la studierea corpului uman, de la fiziologie ˇs-a ajuns treptat la studierea dinamicii sexualităţii, a conduitelor sexuale sub aspect biopsiho-social, insistându-se asupra primelor măsuri de educaţie, de igienă și psihoprofilaxie (Enăchescu, 2003, p. 26).

Psihanalistul Sigmund Freud (1856 – 1939), respectând aceeași linie iluministă este cel care, în ciuda multor critici, inclusiv astăzi, ridică vălul necunoaşterii și abordează problematica sexualităţii într-un mod cu totul inedit, nou, revoltător, contrar moralei victoriene care era recunoscută pentru severitatea sa faţă de viaţa simţurilor și avea la bază aceeași concepţie comună, potrivit căreia sexualitatea aparţine unanim adultului și este orientată spre reproducere (Zamfirescu, 2007, p. 206). Foucault susţine că până la Freud discursul despre sexualitate, discursul savanţilor și cel teoretic, ar fi ocultat fără încetare tocmai ceea ce constituia obiectul discursului. Era o știinţă subordonată esenţialmente imperativelor unei morale ale cărei reguli le-a repetat mereu și mereu, sub forma normelor medicale (Foucault, 2001, p. 53).

Medicul vienez îşi expune o parte din observaţii în lucrarea *Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii* (1905) afirmând cu seriozitate că sexualitatea umană este prezentă și activă nu doar odată cu instalarea pubertăţii și nu doar în cazul adultului, ci și la copilul nou-născut. O viziune neacceptată nici astăzi de mulţi dintre autorii antifreudieni. Sexualitatea infantilă are ca finalitate obţinerea plăcerii (autoerotică) și îşi atinge scopul prin excitarea anumitor zone erogene (de unde și denumirea stadiilor dezvoltării psihosexuale: oral, anal, falie, latent, genital): *scopul sexual al pulsiunii infantile constă în a provoca satisfacţie prin excitarea adecvată a uneia sau alteia din zonele alese* (Freud, 1905, p. 80).

Havelock Ellis (1859 – 1939), sexolog britanic, se remarcă prin multitudinea de studii asupra comportamentului sexual normal și patologic. El a propus

o viziune comprehensibilă ca necesitate pentru a înţelege procesele biologice ale sexualităţii exprimate prin fenomene specifice manifestate la nivel psihic (Ellis, 1963, p. 20).

Când Alfred Kinsey și-a început cercetările în Statele Unite, în anii ⁊50, era prima investigaţie importantă asupra comportamentului sexual uman. Cu toate că cercetările sale au fost catalogate ca fiind imorale și criticate aspru în ziarele vremii, dar și în Congresul american, Kinsey nu ˇs-a oprit și a ajuns să chestioneze peste optsprezece mii de persoane. Rezultatele lui Kinsey au surprins și au șocat, deoarece relevau existenţa unei mari diferenţe între așteptările publicului referitor la comportamentul sexual predominant în acea vreme și comportamentul sexual real. El a descoperit că aproape 70% dintre bărbaţi frecventaseră prostituate și 84% avuseseră experienţe sexuale premaritale. Totuși, 40% dintre bărbaţi doreau ca soţiile lor să fie virgine în ziua căsătoriei. Peste 90% dintre bărbaţi practicaseră masturbarea și aproape 60% o formă sau alta de activitate sexuală orală. în rândul femeilor, aproximativ 50% au avut experienţe sexuale premaritale, deși majoritatea cu viitorul lor soţ. 60% dintre femei se masturbaseră și același procent au declarat că au avut contacte sexuale normale și orale (Giddens, p. 115). Cum diferă aceste date de cele de astăzi și cum ar răspunde românii la aceste întrebări rămâne o temă de cercetat. Am suspiciuni că cifrele vor fi mult mai ridicate și de la vârste mult mai mici.

Helen Sânger Kaplan (1929 – 1995), pionier în domeniul terapiei sexuale și fondatoare a primei clinici pentru tratamentul disfuncţiilor sexuale „Human Sexuality Program aˇt The Payne Whitney Clinic”, face eforturi în combinarea unor tehnici din psihanaliză cu cele ale metodei comportamentale cu o distincţie clară între terapia sexuală și terapia psihosexuală.

Tot în aceeaşi perioadă ˇs-au remarcat – și chiar au colaborat cu Kaplan –, William Masters și Virginia E. Johnson, cunoscuţi sub numele de Masters și Johnson. Ei

sunt pionieri în cercetările în principal asupra răspunsului sexual uman, a diagnosticului și a tratamentului tulburărilor sexuale și a disfuncţiilor sexuale. Lucrările lor sunt cunoscute în întreaga lume și merită a fi studiate.

În anii ⁊60 se produc alte schimbări prin apariţia mișcărilor sociale care se credea că ameninţau societatea, ordinea existentă, cum ar fi mișcarea tinerilor „hippy” (muzică rock, droguri, sex). Aceste mișcări, prin modul de viaţă diferit, au renunţat la normele sexuale existente, militând pentru libertatea sexuală. Un fapt, esenţialul îl reprezintă apariţia pilulei contraceptive, care a permis ca plăcerea sexuală să fie clar limitată de reproducere.

Trebuie precizat că la sfârșitul anilor ⁊80, un alt cercetător, Lillian Rubin, a intervievat o mie de americani între 13 și 48 de ani cu scopul de a descoperi ce schimbări au avut loc în comportamentul sexual și în atitudinile sexuale ale ultimilor 30 de ani. Conform rezultatelor sale au existat realmente modificări semnificative. Prin urmare, debutul activităţii sexuale se manifesta cu câţiva ani mai devreme decât în trecut, iar practicile sexuale au început să fie din ce în ce mai variate. Una dintre cele mai importante schimbări era aceea că femeile ajunseseră să pretindă și să urmărească doar obţinerea plăcerii sexuale în relaţiile lor. Ele așteptau și să primească, nu numai să ofere, fenomen despre care Rubin susţinea că are consecinţe majore pentru ambele sexe. Femeile se simt mai libere astăzi și duc o politică de afirmare a sexualităţii, ceea ce pe bărbaţi îi neliniștește, astfel încât afirmă că este imposibil să mai satisfaci o femeie. Dacă, în societăţile anterioare, bărbaţii erau cei care dominau, acum ei se simt nelalocul lor, afirma Rubin.

În 1994, o echipă de cercetători publica lucrarea *Organizarea socială a sexualităţii: practici sexuale în Statele Unite,* cel mai cuprinzător studiu asupra comportamentului sexual din toată ţările după Kinsey. Această lucrare prezenta un conservatorism sexual esenţial printre americani. 83% dintre subiecţi au avut doar un partener în cursul anului precedent, o cifră puţin

surprinzătoare în situaţia în care dintre cei intervievaţi majoritatea erau căsătoriţi (95%). în ceea ce privește fidelitatea soţilor, 10% dintre femei și 25% dintre bărbaţi au mărturisit că au avut o relaţie extraconjugală. Conform acestui studiu, americanii nu aveau mai mult de trei parteneri în decursul întregii vieţi. însă mai mult de 95% dintre americanii care se căsătoreau în acel moment, aveau deja o experienţă sexuală (Laumann, 1999).

În final, epoca contemporană produce alte schimbări în sfera sexualităţii. Femeii i se acordă un alt status, are drept de a vota prin constituţie și participă activ în domeniul social, economic și de ce nu, politic. Progresele realizate pe toate planurile schimbă optica prin care se percepe sexualitatea. Educaţia sexuală a tinerilor devine astfel o preocupare deosebită atât în școli (se introduc programe și discipline speciale) dar și în familie, părinţii înţelegând că au nevoie de sprijin în a răspunde întrebărilor copiilor și în a le oferi o educaţie bazată pe dovezi, sigură și sănătoasă. Tinerilor li se oferă cunoștinţe de anatomie, dar sunt informaţi și despre mijloacele de igienă sau protecţie/contracepţie. Copiii înșiși, de la vârstele cele mai mici, au parte de educaţie sexuală, inclusiv în grădiniţe, învaţă să-și cunoască propriul corp, să-și respecte intimitatea și să evite situaţiile de risc, de eventualii agresori sexuali. Cu toate acestea, apar noi provocări în sfera sexualităţi: numărul celor autodeclaraţi homosexuali este în creștere, aceștia fac apel la anumite drepturi legale și civile.

În 2018, în cel puţin 15 state europene se recunoaşte și se oficiază cununii civile ale persoanelor de același sex: Belgia, Danemarca, Finlanda, Franţa, Germania, Islanda, Irlanda, Luxembourg, Malta, Olanda, Norvegia, Portugalia, Spania, Suedia și Marea Britanie. în România, dimpotrivă, se fac demersuri în masă (referendum) pentru a nu le permite căsătoria civilă. Apar noi tulburări de natură și dinamică sexuală, noi tipuri de parafilii, noi tipuri de boli cu transmitere sexuală (unele incurabile) și, desigur, un nou tip de adicţie: adicţia sexuală. Poate ar merita un

capitol separat dedicat exclusiv televiziunii și Internetului care au produs și ele mutaţii considerabile în mentalitatea sexuală (Pârvu, 2000, p. 37).

Hormonii sexuali și comportamentul sexual înainte de a înţelege rolul determinant al hormonilor pentru comportamentul sexual doresc să ne reamintim câteva aspecte simple legate de genetica umană. Cercetătorii dedicaţi studierii geneticii umane depun eforturi considerabile pentru descifrarea persoanei umane și a întregii sale organizări elaborând hărţi ce cuprind genotipul uman și trebuie să recunoaştem că ˝s-au făcut eforturi considerabile în ultimii 20 – 25 de ani. Astfel că pentru fiecare profesionist din sănătatea publică, inclusiv psihoterapeut, un minimum de cunoștinţe de genetică umană devine obligatoriu, genetica umană studiind structurile cromozomiale și extracromozomiale, legile transmiterii caracterelor ereditare, consecinţele mutaţiilor, relaţia dintre ereditate și comportament, dintre ereditate și patologie și aspectele acestea sunt chiar importante în cadrul adicţiilor, nu pentru a crea prejudecăţi (dimpotrivă, eliminându-le), ci pentru a deţine cunoaşterea.

Celulele somatice ale omului sunt diploide, adică conţin 46 de cromozomi, dintre care 44 autozomi, iar 2 sunt cromozomii sexului (cromozomii XX se regăsesc la femeie, iar la bărbat cromozomii XY). Aceștia sunt formaţi din gene, iar gena este cea care transmite informaţia genetică. Celulele sexuale mature sunt spermatozoidul, ce conţine 22 de autozomi și un cromozom al sexului (X sau Y) și ovulul, care, la fel, conţine 22 de autozomi plus un cromozom al sexului X (Pârvu, 2000 p. 39). în momentul fecundatiei are loc combinarea cromozomilor sexuali masculini și feminini. Tot acum are loc diferenţierea sexuală. Dacă ovulul va fi fecundat cu un spermatozoid ce conţine cromozom Y va rezulta un băiat, iar dacă va fi fecundat de un spermatozoid ce conţine cromozom X va rezulta o fetiţă.

Și totuși, ce rol au hormonii? Medicul român, endocrinologul G.I. Totoianu susţine că „sexualitatea

umană, de la apariţia omului pe pământ, a fost aceeași, însă a prezentat exprimări diverse în funcţie de epocă. Pe lângă versantul somatic (reproductiv) mai are un versant psihoafectiv, de comunicare între oameni și de comunicare a acestora cu divinitatea, prin iubire" (Totoianu, 1995, p. 471). Prin cuvintele „sexualitatea umană a fost aceeași" tind să cred că medicul face referire la organizarea internă a sexualităţii, la datul biologic și inclusiv la hormoni. Deci, hormonii sunt acele substanţe chimice sintetizate în celulele unor ţesuturi, care, eliberaţi în curentul sanguin (sau în spaţiile intercelulare), ajung la nivelul altor celule unde controlează diferite mecanisme morfofuncţionale. Hormonii și neurotransmiţătorii sunt mesageri de ordinul I ai celulelor care i-a produs. Hormonii, alături de celulele endocrine, de celula ţintă (care conţine receptori specifici pentru informaţia adusă de hormoni) și calea de transport (sânge, lichid interstiţial), formează sistemul endocrin.

Cercetările au demonstrat faptul că hormonii sexuali sunt necesari pentru un comportament sexual complet (peste o anumită doză prag). Cu alte cuvinte, nu putem vorbi de comportament sexual dacă nu luăm în considerare rolul hormonilor sexuali. însă, doar hormonii sexuali nu sunt suficienţi pentru declanșarea comportamentului sexual și nici pentru una din variantele normale sau patologice. Diferitele tipuri de hormoni sexuali: androgeni, estrogeni, progesteron au roluri diferite în manifestarea comportamentului sexual, iar efectul lor nu este același asupra organismului în perioada de diferenţiere și asupra adultului (Stoica, 1972, p. 71). Astfel că în perioada fetală, ţestosteronul stimulează dezvoltarea diferenţiată a epididimului, vaselor deferente și veziculelor seminale, iar dehidrotestosteronul asigură formarea prostatei, a penisului, a uretrei peniene și scrotului. în perioada pubertară, același ţestosteron va stimula cu precădere creșterea penisului, spermatogeneza, dezvoltarea veziculelor seminale, dar și a musculaturii scheletice și a laringelui. în ceea ce privește comportamentul sexual, ţestosteronul este răspunzător de stimularea potenţei și a

libidoului, secreţia de ţestosteron va scădea progresiv odată cu îmbătrânirea.

Dintre toţi hormonii sexuali, androgenii au capacitatea de a organiza modelul comportamentului sexual. Androgenii (hormonii sexuali masculini: ţestosteronul, dehidrotestosteronul și androstendionul) sunt secretaţi de către celulele Leydig din testicule și în mică măsură de celulele zonei reticulate corticosuprarenale (funcţia endocrină). Ei diferenţiază un comportament sexual masculin, care se va manifesta numai după pubertate, atunci când există un nivel hormonal de activare adecvat. Se consideră că acești hormoni determină și unele caractere sociale nelegate direct de copulare, precum: agresivitatea, tendinţa la iniţiativă și dominare. Hormonii androgeni au activitate antagonistă estrogenilor. O trăsătură biochimică majoră a androgenilor este datorată rolului lor anabolizant, ei stimulând biosinteza proteinelor celulare la ambele sexe. ˇS-a demonstrat că există o relaţie între saţietatea sexuală și androgeni. Cercetătorii mexicani au arătat că la 24 h după saţietatea sexuală datorată copulaţiei are loc o reducere a densităţii receptorilor pentru androgeni în aria medială preoptică și în nucleii hipotalamici ventromediali, dar nu și în nucleii striei terminalis. Această reducere a comportamentului sexual a fost însoţită de o descreștere a nivelului de androgeni (Romando-Torres, 2007, p. 19). Cercetările sunt într-o continuă desfășurare și ˇs-ar putea să aflăm noi informaţii.

Ţestosteronul (C19H2802) este cel mai puternic hormon androgen, secretat în cea mai mare cantitate (7 mg/zi la adult). El a fost izolat de Lacquer în anul 1935, care din 100 kg de ţesut testicular a reușit să obţină doar 10 mg de hormon (Pârvu și colab., 2000, p. 51). La ambele sexe, ţestosteronul are efecte afrodiziace. La bărbat întreţine virilitatea și echilibrul psihic, astfel că bărbaţii sunt mai curajoși, mai combativi și mai optimiști. Unii neuroni din hipotalamus transformă ţestosteronul (hormon sexual masculin) în estradiol (hormon sexual feminin). La

nivelul măduvei spinării, ţestosteronul are efect stimulator asupra centrilor parasimpatici din care pleacă fibrele efectoare care declanșează la bărbat erecţia, iar la femeie, turgescenţa clitorisului și lubrifierea vaginului (Totoianu, 1996, p. 311).

S-a constatat de asemenea că organizarea unui comportament sexual feminin depinde mai degrabă de absenţa androgenilor, decât de prezenţa hormonilor estrogeni și progesteroni. Astfel că în lipsa androgenilor se organizează un comportament sexual feminin, atât la femei genetic, cât și la bărbaţi genetic, care au fost castraţi precoce (Stoica, 1972, p. 74).

Hormonii estrogeni sunt substanţe chimice organice cu structură foarte variată, dar care au o acţiune comună. Se mai numesc hormoni C18 steroidici deoarece au structură steroidică, sau hormoni foliculari, datorită faptului că sunt biosintetizaţi de foliculii de Graaf existenţi în ovare. Estrogenii sunt produși de gonade, iar eliberarea lor este reglată de hormonii gonadotropi: LH (hormon luteinizant), FSH (hormon foliculostimulator) și LTH (hormon luteotrop). Estrogenii naturali sunt estrona, estradiolul și estriolul. Estrona reprezintă doar o parte din foliculină. Estradiolul (C18H2402) se află în proporţia cea mai mare în ovare, iar în testicule și placentă în cantitate mai mică. Biosinteza acestui hormon are loc în ovar, din ţestosteron. Este cel mai activ estrogen natural, de 7 – 10 ori mai activ ca estrona (Pârvu și colab., 2000, p. 52). La femeie, estrogenii au rol în lubrifierea vaginului și în proliferarea mucoasei uterine, iar la bărbat o creștere a concentraţiei estrogenilor diminuează dorinţa sexuală și produce stări depresive (Totoianu, 1996, p. 234).

Mai avem progesteronul, care are o acţiune dublă, contribuie la inhibarea comportamentului sexual feminin și la scăderea capacităţii sexuale a partenerului mascul. Există dovezi care arată că progesteronul inhibă specific activitatea neuronilor hipotalamici implicaţi în comportamentul sexual.

În final, un hormon important este gonadoliberina –

GnRH (gonadotropin releasing hormone) ce intervine în declanșarea pubertăţii. Centrul acestei secreţii este hipotalamusul anterior. GnRH este un hormon hipotalamic specific, ce acţionează asupra hipofizei (glanda endocrină situată la baza creierului) pentru a stimula sinteza de gonadotrofine, care stimulează la rândul lor glandele genitale. Gonadotrofina este un hormon secretat de hipofiză cu rol în secreţia gonadelor (ovare și testicule) pentru a produce estrogen și progesteron.

Producerea ţestosteronului la bărbaţi este controlată de axa hipotalamico-pituitară. Prin stimularea hipotalamusului (hipotalamusul este cel care dă comanda) are loc secreţia hormonului GnRH, ceea ce stimulează glanda pituitară (hipofiza) să elibereze LH (hormon luteinizant, o gonadotrofină, de fapt), care va produce ţestosteron în testicule.

Deci, hormonii sexuali intervin în complexul neuro-psiho-afectiv de la baza vieţii sexuale. Impregnând în mod global sistemul nervos ei creează starea de erotizare a individului. La individul mascul matur aceasta coincide cu umplerea veziculelor seminale cu spermă și cu nevoia fiziologică, vagă, de a se goli. Însă erotizarea este un fenomen mult mai complex în care apare atracţia spre sexul opus și nevoia de descărcare erotică, ca proces cu semnificaţie nu numai pur fiziologică, ci și psihoafectivă. Secreţia în exces de hormoni sexuali de cauză organică sau funcţională, când apare în viaţa adultă, se poate manifesta numai prin exagerarea impulsului sexual și a potenţei sexuale (Stoica, 1972, p. 285).

La femei, în ceea ce privește influenţa factorilor de origine endocrină asupra comportamentului sexual, specialiștii, studiind erotismul feminin excesiv au elaborat următoarele tipuri:

femei hiperhipofizofoliculinice (cu hiperfoliculinie prin exces de hormoni gonadotropi hipofizari). ˇS-a constatat că aceste femei prezintă o excitabilitate strict vaginală, astfel încât excitaţiile exterioare nu influenţează deloc (sau prea puţin) emiterea unui răspuns. Orgasmul se produce doar

pe cale vaginală;

femei hiperhipofizoluteinice (cele cu exces de progesteron prin suprastimulare gonadotrofă hipofizară);

femei cu hiperandrogenism (cele care au o secreţie crescută de androgeni de origine suprarenală sau chiar tumori masculinizante, de ovar);

femei hipertiroidiene (Stoica, 1972, p. 289).

Totuși, erotismul normal la ambele sexe depinde nu doar de secreţia hormonală, ci și de factorii psihici, de stimulii din mediul extern, dar mai ales de modul în care persoana în cauză, conștientă și raţională răspunde la acești stimuli. Sau, în termeni psihanalitici, de modul în care se aplanează conflictul dintre Sine și Eu, de modul în care principiul realităţii învinge principiul plăcerii, iar Eul supune Șinele.

În crearea emoţiei erotice specific umane intervine o serie de factori cunoscuţi și necunoscuţi de la imaginaţie, reprezentări, senzaţiile tactile, vizuale, olfactive, trăite în complexul relaţiei sexuale. în modularea comportamentului sexual intervin și alte substanţe – enkefalinele, endorfinele și dinorfinele, cu două roluri importante:

contribuirea la obţinerea orgasmului și a stării de după orgasm;

1. realizarea stării de îndrăgostit în iubirea erotică.

Pe durata raportului sexual, opiaţii endogeni au rol în obţinerea voluptăţii maxime și a calmului și a relaxării ce urmează după orgasm.

Tot în acest capitol destinat hormonilor merită să fie amintit rolul unui alt hormon, și anume oxitocina. Oxitocina (drogul dorinţei) este un hormon neurohipofizar steroid cu rol în realizarea actului sexual, receptorii implicaţi în eliberarea oxitocinei regăsindu-se în epiteliul mameloanelor, în pereţii vaginului și ai colului uterin. Receptorii din mameloane sunt stimulaţi prin atingere, iar cei din cervix și vagin prin atingere și distensie (întindere).

Impulsurile de la nivelul vaginului ajung prin fibre senzitive aferente la măduva spinării, apoi prin căile

sensibilităţii tactile, termice, și dureroase, în talamus, apoi în hipotalamus la nucleii supraoptici și paraventricular unde declanșează secreţia de oxitocină (refluxul Ferguson). Nivelul oxitocinei crește semnificativ pe durata coifului la ambele sexe, dar mai ales la femeie. Activitatea secretorie a neuronilor implicaţi în producerea oxitocinei este crescută de stimulii veniţi pe căile analizatorilor vizuali, auditivi, kinestezici (stimulii tactili din mucoasa și pereţii vaginului). Nivelul maxim al oxitocinei este atins în momentul orgasmului, concomitent cu contracţiile uterine, produse de miometru. Aceste contracţii au rolul de a favoriza transportul spermei în tractul genital feminin. La bărbat oxitocină crește peristaltismul căilor spermatice, favorizând ejacularea (Totoianu, 1996, p. 280).

Serotonina, alt hormon, implicat la mai multe niveluri în comportamentul sexul, atât spinal, cât și supraspinal exercită efecte inhibitorii asupra comportamentului sexual al bărbatului adult. Neuronii serotoninergici sunt localizaţi în nucleii rafeului median, în formaţiunea reticulată medulară ventrală, în măduva lombo-sacrată și emit proiecţii către formaţiunile somatice și autonome ale pelvisului (Tang, 1998, cit. ˇde Mogoș, 2007, p. 11).

Inhibiţia eliberării serotoninei sau distrugerea neuronilor serotoninergici determină amplificarea comportamentului sexual. Efectele inhibitorii sau facilitatorii depind de cantitatea de receptori serotoninergici din anumite zone și de acţiunea asupra anumitor receptori, de distribuţia și tonusul acestor receptori. De exemplu, tonusul scăzut al receptorilor 5HT-2C determină ejacularea precoce, iar tonusul crescut determină ejaculare tardivă. Administrarea de inhibitori ai recaptării serotoninei determină prelungirea timpului de începere a copulaţiei și timpul până la care se produce ejacularea (Mogoș, 2007, p. 11).

În final, dopamina, exercită un control facilitator asupra componentei somatice și autonome a erecţiei. Efectul dopaminei poate fi abolit prin castrare, fapt care sugerează controlul hormonal androgenic asupra

producţiei și eliberării dopaminei sau asupra receptorilor dopaminergici (Mogoș, 2007, p. 9).

Sistemul nervos și comportamentul sexual

Dacă am amintit câte ceva de rolul hormonilor în comportamentul sexual (deoarece despre hormoni se scriu cărţi mult mai cuprinzătoare, mai ales dacă dezbatem problematica tulburărilor și disfuncţiilor sexuale) nu putem ignora nici legătura dintre hormoni și creier. ˇS-a afirmat deseori mai mult sau mai puţin în glumă că creierul este un organ sexual, principalul organ sexual, în cazul bărbaţilor.

În creier, centrul sexualităţii este format de o reţea de circuite și de nudei de neuroni, atât centrii de inhibiţie, cât și cei de activare au fost identificaţi; știm că sunt situaţi în sistemul limbic cu nudei importanţi în hipotalamus și în regiunea preoptică (Kaplan, 1989, p. 35). Pe baza cercetărilor experimentale și a cazurilor clinice ˇs-a demonstrat rolul centrilor nervoși în declanșarea sexualităţii începând de la instalarea pubertăţii, odată cu dezvoltarea glandelor sexuale. Anumite structuri hipotalamice și limbice (amigdala corticomedială, *stria terminalis,* cortexul poliform și melatonina epifizară) au rol în declanșarea pubertăţii. Acţiunea hormonală nu se produce doar de la hipofiză la glandele genitale, ci și de la acestea la hipofiză și sistemul nervos. Există deci o reciprocitate funcţională între *scoarţa cerebrală și sistemul hipotalamo-hipofizar,* pe de o parte și *glandele sexuale,* pe de altă parte, care declanșează procesele sexuale și le menţine în echilibrul normal.

Rolul sistemului nervos în desfășurarea fenomenelor sexuale se face cunoscut în mod evident când se analizează cauzele tulburărilor sexuale funcţionale, care de multe ori sunt de natură psihogenă. Viaţa sexuală umană nu se reduce doar la procesele de elaborare din hipotalamus, ci se caracterizează printr-o activitate cerebrală superioară. Scoarţa cerebrală a creierului participă din plin la desfășurarea activităţii erotice normale.

Deci, creierul are un rol central în funcţionarea sexuală. Cortexul cerebral interpretează informaţia sexuală ca excitaţie și inhibiţie sexuală. Tot cortexul transmite mesaje către măduva spinării ceea ce cauzează vasoconstricţia (micșorarea diametrului vasului de sânge). ˇS-a demonstrat pe baza experimentelor de laborator că la animale stimularea directă a unor părţi din cadrul sistemului limbic poate cauza erecţie și ejaculare, iar diverse leziuni pot duce la activitate hipersexuală (sindrom Kluver-Buky) (Stoica, 1972, p. 79). Circuitele nervoase responsabile de comportamentul sexual se diferenţiază de-a lungul timpului sub influenţa experienţei vieţii și a hormonilor (prin mecanisme de reinforcement) pozitivă sau negativă. Experienţa sexuală anterioară a individului are un rol esenţial în modelarea comportamentului sexual și această experienţă merită a fi cunoscută și interpretată de psihoterapeuţi.

Stimularea electrică a anumitor părţi ale sistemului limbic produce senzaţii similare cu cele ale satisfacerii sexuale (Masters & Johnson, 1966). Senzaţiile de euforie, de beatitudine sau de bucurie pot fi cauzate și de o altă substanţă din creier, cunoscută sub numele de Phenylthylamina (PEA), ea poate contribui și la atracţia interpersonală (Fisher, 1992, p. 52).

Una dintre cele mai importante porţiuni din creier, ce ne interesează în mod special, poartă numele de hipotalamus. Hipotalamusul este o porţiune a creierului ce are un rol important în modularea comportamentului sexual, prin intermediul hipotalamusului stimulii din mediul extern sau anumite stări psihice pot modifica secreţia glandelor endocrine. în hipotalamus există receptori atât pentru androgeni, cât și pentru estrogeni:

la bărbat, prin intermediul gonadotrofinelor, GnRH produce spermatogeneza și stimulează producţia androgenilor testiculari;

1. este un inductor al comportamentului sexual înnăscut legat de acuplare (apropiere, penetrare, poziţie adecvată, ritm al mișcărilor);

2. comandă și accelerează mișcările copulatorii.

De precizat că hipotalamusul reprezintă mai puţin de 1% din totalul volumului creierului uman. Este o porţiune caracterizată printr-o bogată reţea de conexiuni interne și externe, este o verigă între talamus și scoarţa cerebrală pe de o parte, și sistemul nervos vegetativ. Astfel, prin intermediul hipofizei are o mare influenţă asupra sistemului endocrin.

Dintre numeroasele funcţii ale hipotalamusului: homeostazie, temperatură, ritmul cardiac, circadian, metabolismului glucidic, lipidic, protidic, foame și sete, tensiunea arterială, ingestia de apă, reflexe (imput/output), reglarea memoriei, controlarea emoţiilor în conjuncţie cu sistemul limbic, hipotalamusul are un rol și în reglarea sistemului endocrin. Reglarea sistemului endocrin are loc în mod direct prin secreţia produșilor neuroendocrini în circulaţia generală prin intermediul vaselor sanguine ale neurohipofizei și, indirect, hormonii reglatori hipotalamici controlează sinteza și eliberarea hormonilor pituitarei anterioare în circulaţia generală.

Neocortextul influenţează profund fiziologia și patologia comportamentului sexual. În cadrul actului sexual, partea rezervată influenţelor psihice, adică centrilor corticali și subcorticali, devine din ce în ce mai importantă (Strominger, 2000, p. 40). Efectele leziunilor corticale sunt cu atât mai grave cu cât urcăm pe scala filogenetică. La om, dat fiind rolul primordial al factorilor psihologici în activitatea sexuală, neocortexul cerebral, ca mecanism de integrare psihică și socială este esenţial în realizarea comportamentului sexual. Frigiditatea ori impotenţa se datoresc în majoritate unor dereglări corticale. Existenţa circuitelor hipotalamo-limbico-corticale nu exclude intervenţia altor zone ale sistemului nervos central în comportamentul sexual (Stoica, 1972, p. 83).

În urma stimulării externe, la zonele de integrare sexuală sosesc aferenţe senzoriale specifice și aferenţe nespecifice nestimulante, prin sistemul reticulat ascendent activator și sistemul de protecţie difuză hipotalamic și prin

sistemul ascendent dezactivator (Neștianu, Coculescu, Vlad, 1965, în Stoica, 1972, op. cât.).

Răspunsul sexual

Voi aminti scurtisim răspunsul sexual deoarece este relevant atât în tulburările de dorinţă sexuală, cât și pentru problematica adicţiei sexuale. Helen S. Kaplan, unul dintre cei mai renumiţi sexologi ai vremurilor noastre, a definit dorinţa sexuală ca fiind un apetit care este produs prin activarea unui sistem neuronal specific din creier (Irvine, Janice M., 2005, p. 170). Tot Kaplan explică chimia dorinţei sexuale. Dopamina, ca neurotransmiţător, alături de ţestosteron, are un rol unic în stimularea dorinţei sexuale. Contrar efectului dopaminei, un alt neurotransmiţător, serotonina (5-HT), inhibă dorinţa sexuală (Hatfield, 1993, p. 58).

După Helen S. Kaplan, există trei stadii ale răspunsului sexual:

dorinţă

1) excitaţie
2) orgasm.

Masters și Johnson au identificat răspunsul fiziologic al bărbatului și al femeii la stimularea sexuală care este în mare parte similar. Ei l-au împărţit în trei faze:

faza de excitaţie. Ambele genuri experienţează vasoconstricţia și miotonia de-a lungul răspunsului sexual. La bărbat, răspunsul fiziologic la stimularea sexuală făcută pe cale fizică, prin atingerea zonelor erogene sau la nivel mental, prin imaginaţie, constă în intrarea în erecţie a penisului. în momentul când tensiunea sexuală și erecţia au ajuns la un anumit nivel apare dorinţa de intromisiune a penisului în vaginul femeii. La femei, lubrifierea vaginală are loc la 10 – 30 secunde de la debutul excitaţiei. Se produc contracţia mameloanelor, creșterea vasocongestivă a sânilor, mușchii voluntari (mai ales cei din regiunea abdominală și intercostală) intră în hipertonie.

Wilhelm Reich confirmă că la începutul actului sexual, excitaţia se concentrează din ce în ce mai mult asupra aparatului genital, fiind de aici percepută pe căile

sensibile ca senzaţii de plăcere și crescând spre apogeu (Reich, 1995, p. 88).

faza de platou. Este un stadiu avansat de excitaţie ce precedă orgasmul, o tensiune sexuală maximă.

La bărbat, glandele bulbo-uretrale secretă un lichid preejaculator care poate fi observat la partea terminală a uretrei de la vârful penisului, testiculele mărindu-se cu aproximativ 50%, ridicându-se lângă perineu. Totodată, ritmul cardiac crește între 100 și 175 bătăi pe minut, se accelerează ritmul respirator, tensiunea musculară crește, iar vasele se dilată (Masters, Johnson, 1975, p. 39).

La femei, în această fază excitaţia este maximă. Uterul se ridică, iar mucoasa vaginală devine intens colorată în roșu-violaceu ca urmare a vasocongestiei și este puternic lubrifiată. Clitorisul crește în dimensiune până la dublare. Labiile mici ale vulvei se îngroașă, îşi modifică culoarea în roșu închis și se îndepărtează favorizând lărgirea orificiului vaginal (Pârvu, 2000, p. 112).

faza de orgasm. Orgasmul la bărbat are loc prin două faze de contracţie musculară. La femeie, se manifestă prin contracţia mușchiilor pelvieni din jurul vaginului. în general constă în 5 – 8 contracţii intense, dar se poate ajunge și până la 12 contracţii. Contracţiile orgasmice încep la fundul uterului și se propagă în lungul lui până la segmentul inferior. Se contractă, de asemenea, treimea externă a vaginului, sfincterul uretral și sfincterul anal. Bătăile inimii se accelerează ajungând până la 180 de bătăi/minut, tensiunea sistolică se ridică ţu 30 – 80 mmhg, iar cea diastolică ţu 20 – 40 mmhg. Și respiraţia se intensifică până la 40 de respiraţii/ minut. Femeia simte o senzaţie de căldură în sfera genitală care invadează zona pelviană și apoi se răspândește în tot corpul. Unele femei cunosc senzaţii voluptuoase declanșate la nivelul clitorisului, iar altele prin excitarea vaginală unde există punctul G (o dezbatere intensă despre existenţa și localizarea acestui punct G!). Acesta, conform unor opinii, se situează la aproximativ 4 – 5 cm de la intrarea în vagin, pe partea anterioară a lui. Zona erogenă respectivă este

capabilă să declanșeze orgasme multiple de o mare intensitate.

a) *faza finală.* Atunci când corpul revine la starea de preexcitaţie; clitorisul, labiile mari și labiile mici revin la poziţia și dimensiunile iniţiale.

Capitolul 2

ADICŢIA SEXUALĂ versus DEPENDENTA DE SEX

Definiţia conceptului de dependenţă

Termenul „dependenţă” a fost introdus în psihiatrie de americanul Benjamin Rush (1745 – 1813), în 1812, pentru a indica unele modalităţi ale legăturilor psihopatologice și a fost adoptat ulterior de Laehr (1820 – 1905), în 1872, pentru a indica „dependenta de abuzul de morfină” Cuvântul derivă de la latinescul *de-pendere,* însemnând *atârnat de* deci *legat de* sau, cu alte cuvinte, ne-autonom, fără libertate, supus, aservit (Fernando Liggio, 2007, p. 41). Unii termeni traduși nu sunt cu precizie denotativi, de exemplul, termenul anglosaxon, „addiction” (înclinaţie) tradus prin pasivitate, sclavie, folosit în mod specific prin adicţia de drog (farmacodependenţă) pentru a indica conceptul originar prin termenul toxicomanie. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.) a înlocuit termenul prin *drog-dependence* (farmacodependenţă) a cărui eficacitate este mult mai explicită și consolidată, cu toate că termenul simplu „dependenţă” nu este corect nici a fi ˟înlocuit cu termenul „atașament” introdus de psihiatrul Pierre Janet (1859 – 1947) în 1919 – scopul terepeutic primar fiind acela de a stopa eforturile produse de atașament – și folosit de psihanalistul Bowbly în 1958 pentru a indica natura legăturii dintre copil și mamă. Pe de altă parte, ar fi inutilă înlocuirea termenului dependenţă prin atașament, termenii putând fi ˟într-o oarecare măsură sinonimi, pentru că ambii se referă la nevoi compulsive independente primare sau secundare. Discuţia rămâne deschisă.

În ceea ce privește adicţia, ea implică în primul rând o dependenţă psihologică, o dependenţă fizică, dacă substanţa nu este la îndemână (drogul) sau dacă comportamentul este frustrat. Ea duce la o afectare a funcţionalităţii personale, socio-familiale și profesionale a persoanei, din cauza unei compulsiuni sexuale exprimate prin căutarea repetată și necontrolată a activităţii sexuale. Chiar dacă în DSM-V nu se amintește de sexual addiction sau de compulsive sexual behavior, clinicienilor le sunt cunoscute persoane care prezintă un comportament ce are ca scop căutarea de relaţii sexuale, iar orice încercare de a stopa acest comportament rămâne fără succes.

În ultima ediţie și anume DSM-V, publicat după o muncă de 12 ani, în 2013 și tradus ulterior în limba română, opiniile specialiștilor au fost diferite. Dacă în DSM-IV, subiectul „tulburărilor de identitate sexuală și de gen” a fost abordat într-un singur capitol, în DSM-V, subiectul este împărţit în trei capitole, și anume: disfuncţii sexuale, disforie de gen și tulburări parafilice. Au existat totuși mici modificări în capitolul „disfuncţii sexuale” De exemplu, conţinutul capitolelor „tulburările parafilice” diferă substanţial de conţinutul secţiunilor referitoare la aceste subiecte din DSM-IV. ȚŶn ceea ce privește parafiliile, se face distincţie între o parafilie și o tulburare parafilică. DSM-V face o nouă distincţie între patologia (tulburarea parafilică) pe de o parte și alte comportamente sexuale non-patologice neobișnuite sau neconvenţionale pe de altă parte. în DSM-V, conceptul clinic foarte relevant „hipersexualitate” nu a fost încă încorporat ca o categorie separată.

Cu toate acestea, DSM-V, editat de Asociaţia Americană de Psihiatrie, nu conţine diagnosticul de „hipersexualitate” sau „tulburare sexuală compulsivă”, totuși el poate fi folosit făcând apel la ICD-10.

De-a lungul dezvoltării diagnosticului, ˟s-au folosit diferite denumiri pentru acest tip de comportament sexual precum: hipereroticism (Hirschfeld, 1948), erotomanie (concept supus controverselor deoarece este înţeles ca o

formă de delir paranoic în care subiectul reţine că mare parte dintre persoanele de sex opus sunt îndrăgostite de acesta sau în alte cazuri se simte atras „fără frână” de o persoană pe care nici nu o cunoaşte), hipersexualitate, hiperfilie, dorinţă sexuală hiperactivă, dependenţă de sex, dependenţă sexuală, sex cumpulsiv, nimfomanie (Ellis, Sagarin, 1965); satirism (Allen, 1969); donjuanism (Stoller, 1975); sexual addiction (Carnes, 1983); sexual compulsivity (Quadiand 1983, Coleman 1986); sexual dependence (Naditch și Barton, 1990); compulsivity/sexual addiction (Schaeffer, 1994); compulsive sexual behaviour (Reed, 1994), sexual impulsivity (Kafka, 1997); non-paraphilic hypersexuality (Kafka, Hennen, 1999); dependenţă de reacţia orgasmică corelată cu producţia endogenă de substanţe stupefiante (Liggio, 1998); sexual addiction/compulsivity (Rickards, Laser, 1999); nonparaphilic hypersexual disorder (Kafka, 2000) și sex addiction (Johnson, 2002; Avenia și Pistuddi, 2007, p. 24).

În „Tratat de psihosexologie”, psihiatrul C. Enăchescu remarcă hipersexualitatea ca un tip de manifestare sexuală ce poate apărea atât la bărbat, cât și la femeie. Hipersexualitatea la bărbaţi se manifestă prin performanţe sexuale pe perioade lungi din viaţa acestora, printr-o erotizare excesivă, ajungând în unele cazuri la obsesii și tulburări de comportament cu acte antisociale, agresivitate sau atentate la bunele moravuri (Enăchescu, 2003, p. 174). Dar, este hipersexualitatea sinonimă cu dependenţa? în cazul bărbatului, C. Enăchescu nu pomenește despre adicţia sexuală, ci doar enumeră tipurile de sexualitate excesivă precum: donjuanismul (seducătorul care aleargă după femei pentru a le seduce, a le poseda, dar este incapabil să se atașeze de vreuna dintre ele), modelul Casanova (caracterizat printr-o necesitate urgentă de a se răzbuna pe fiecare femeie), satiriazisul (stare de excitaţie permanentă și irezistibilă) și tipul bărbatului viril care corespunde manifestărilor hipersexuale din cursul fazei de andropauză.

În ceea ce privește definiţia termenului englezesc de

„sexual addiction” unii autori au identificat diferite traduceri și au avut reţineri în preluarea și folosirea termenului englezesc „addiction” Se știe foarte bine că în limba engleză există doi termeni similari, dar care au semnificaţii diferite, și anume: „dependenţă” (se referă la o realitate fizică, la o dependenţă fizică și chimică) și „adicţie” (nevoie psihologică). Organizaţia Mondială a Sănătăţii (O.M.S.), în cazul definirii dependenţei de droguri (toxicomania) a refuzat definirea prin adicţie deoarece „adicţie” nu exprimă cu claritate acest comportament. Dependenţa de sex (termen utilizat de specialiștii din Italia – Ddă) se va transforma dintr-o dependenţă psihologică într-o dependenţă fizică.

Primul specialist care a elaborat o descriere științifică a dependenţei de sex a fost psihiatrul vienez Richard von Krafft-Ebing (1840 – 1902), în anul 1886, prin lucrarea *Psychopatia Sexualis,* în care a subliniat centralitatea dorinţei sexuale în viaţa individului.

Însă conceptul de „sexual addiction” (în sens literar, dedicaţie sexuală, dependenţă sexuală) a fost introdus pentru prima oară de psihiatrii americani Reed și Blaine în anul 1988. Prin acesta au descris un proces de instaurare în patru faze progresive distincte:

faza de obsesie: în care individul reacţionează la dificultăţile existenţiale și este total absorbit de preocupări legate de sfera sexualităţii;

1. *faza de ritualizare,* caracterizată de punerea în act a unor ritualuri complexe imediat precedent acţiunii sexuale;

faza de acţiune sexuală, în care individul se simte alinat/ușurat temporar și provizoriu;

faza de disperare, atunci când individul se simte în imposibilitatea de a-și controla propriul comportament erotic (Reed și Blaine, 1988).

Prima monografie centrată asupra înţelegerii adicţiei sexuale a fost publicată de americanul Patrick Carnes în 1983, urmată de alte studii pe aceeaşi temă: 1989,1990,1991,1992,2001, iar Goodman (1997) a încadrat „sexual addiction” în categoria tulburărilor, tot

sub aceeași denumire.

Alţi autori au investigat așa-numitul fenomen al „dependenţei de reacţie orgasmică” (DRO). Dependenţa constă într-o condiţie psihofiziopatologică corelată cu modificarea sistemului cerebral al gratificării, caracterizată de o dorinţă inexprimabilă și de pierderea controlului inhibitoriu, toate acestea ducând la instaurarea unei relaţii de renunţare faţă de substanţă (în cazul drogurilor, a alcoolului, a nicotinei sau a cafeinei) sau faţă de situaţie (jocurile de noroc, shoppingul cu impuls de achiziţionare, practicarea ritualurilor religioase, jocuri video) sau faţă de acţiune (activitatea erotică-sexuală, ludică) și totodată inducând senzaţii de plăcere intensă.

Ceea ce ne interesează pe noi este dependenţa de reacţie orgasmică, în cadrul activităţilor sexuale. Funcţia primară a erotismului constă în stimularea creto-receptorilor (corpusculii Krause) care solicită reacţia orgasmică ce culminează cu un „vârf orgasmic”, care atunci când este intensă și satisfăcătoare devine eficace în reechilibrarea funcţionalităţii neurovegetative și în restaurarea procentului normal al neuromodulatorului sinaptic endorfin (este vorba în special de ß-endorfină) și a neuromediatorului sinaptic hipotalamic (serotonina), care atenuează tensiunea libidică, care altfel este stimulată de neuromediatorul sinaptic catecolaminic, adică dopamina. Intensitatea „vârfului orgasmic” rezultă direct proporţional cu durata relativă a fazei de menţinere, care este unica fază a reacţiei erotice, aptă de modularea intenţională cu posibilitatea de a fi prelungită la maxim, chiar și până la o oră.

În ultima perioadă, termenul „dependenţă” a fost propus doar pentru a indica exclusiv complexul dependenţelor fără legătură cu dependenţa de substanţe psihoactive. Avenia precizează că recent se vorbește tot mai mult și se scrie despre *New Addictions.* Acestea cuprind în principal dependenţa de sex, shopping-ul compulsiv, dependenţa de jocuri periculoase, de muncă, de mâncare, sau dependenţa de Internet. Fernando Liggio

consideră că în categoria *New Addictions* trebuie incluse și alte dependenţe precum: nevoia compulsivă de a se ruga, de a participa la jocuri sportive, la ritualuri religioase ori de a se uita la televizor. în mod specific, în ceea ce privește dependenţa de sex se face referire la dependenţa de reacţie orgasmică a cărei funcţie specială constă în producerea endogenă de substanţe stupefiante, precum ß-endorfină. în ceea ce privește modalitatea exclusiv compulsivă de a iubi, caracterizată de înclinarea (adicţia) coercitivă faţă de partener, dependenţa este în mod clar de natură psihologică. în limba română a fost tradusă cartea *Dragoste sau Dependenţă,* scrisă de Brenda Schaeffer, care aducea în discuţie rădăcinile adicţiei la iubire, jocurile psihologice, tendinţele masochiste, teama de a fi abandonat. (Schaeffer, 2012).

Condiţia în care raportul de iubire poate fi interpretat ca o formă de dependenţă analoagă condiţiei psihice a consumatorului (o dependenţă psihică) a fost demonstrată de Peele și Brodski prin studiul a numeroase cazuri clinice, printre care emblematic este și următorul:

Un tânăr medic, atrăgător din punct de vedere fizic, prezintă la vederea unei persoane de sex opus o formă de disperare pe care încearcă să o ascundă prin comportamente grosolane, iar în cazul când riscă să cucerească o femeie, devine în mod progresiv, prin obișnuinţă, mereu prea exigent și autoritar, pentru că se verifică inevitabil ruptura: femeia se satură de pretenţiile sale și îl părăsește. El trece, deci, prin așa-numitul status clinic de „withdrawal", adică de „retragere", tipic pentru absenţa forţată a drogului: perioade alternative de inactivitate letargică, tulburări musculare, dureri cardiace și consecinţe negative pentru activitatea profesională. Unele fenomene încetează când stabilește o nouă relaţie cu o femeie și, astfel, ciclul caracterizat de cuceriri, noi exigenţe, finalizări ale raportului, tulburări ale abstinenţei se repetă identic (Peele, Brodsky, 2015).

În aceste cazuri sunt verificate criteriile punctate de Aviel Goodman de la Institutul de Psihiatrie din Minnesota,

care definesc statutul introspectiv al indivizilor dependenţi:

— Imposibilitatea de a rezista la impulsurile care induc adoptarea unui comportament determinat;

— Senzaţia de creștere rapidă a tensiunii înainte de a pune în act acest comportament;

sentimentul plăcerii de-a lungul comportamentului adoptat;

tentative repetate de a reduce, controla sau abandona acest comportament;

tolerantă vizibilă fată de nevoia de a mări / /

intensitatea sau frecvenţa comportamentului pentru a obţine efectul dorit, agitaţie și iritabilitate în caz de imposibilitate de a obţine acest comportament (Goodman, 1990).

Același Goodman argumentează în favoarea termenului de adicţie sexuală. El consideră aceste tulburări ca o înglobare atât a pierderii controlului impulsului cât și o nevoie de a continua anumite acţiuni, în ciuda tuturor consecinţelor ce se desprind de aici. (Wayne, 1995, p. 473). Mai departe, medicul Wayne Myers, tratând numeroase cazuri de adicţie sexuală, pledează pentru utilizarea termenului „adicţie” în defavoarea termenilor „compulsiv” sau „act impulsiv” (Myers, 1997).

Mulţi dependenţi sexuali suferă și de alte tulburări de dependenţă, tulburări provocate de abuzul de substanţe psihoactive, tulburări de alimentaţie, muncă compulsivă, shopping compulsiv și practicarea compulsivă a jocurilor de noroc (García, Thibaut, 2010). în ceea ce privește comorbiditatea cu tulburările corelate și substanţele psihoactive există o corelaţie între dependenţa sexuală și aceste tulburări, care poate ajunge până la 80% în unele studii prezentate în literatura internaţională de specialitate. Această condiţie clinică de comorbiditate reprezintă o complicaţie în formularea diagnosticului, dar mai ales în gestionarea tratamentului reabilitativ (Kaplan și Sadock, 2001). Depresia și anxietatea sunt iarăși prezente (Bancroft, Vukadinovic, 2004).

Aspecte clinice și diagnostic

Am arătat că dependenţa este un fenomen extrem de complex care afectează persoana la toate nivelurile, manifestându-se în plan comportamental prin căutarea unei substanţe psihoactive sau prin repetiţia compulsivă a unui comportament specific, iar la nivel psihologic prin a fi total absorbită de obiectul dependenţei (substanţă psihoactivă, joc, sex et[.). Pacientul spune deseori în cabinet, uneori în lacrimi, că „nu poate trăi fără”, că nu se poate abţine, că a făcut eforturi uriașe, că a existat dorinţa de a renunţa, fără succes. Dependenţele (adicţiile) cuprind toate acele condiţii clinice și psihice care forţează persoana să repete comportamentul, fără a se putea opune, comportamente specifice care generează o gratificare de moment, independent de consecinţele, chiar negative, pe care le produce. Cu alte cuvinte, plăcerea imediată este mult mai puternică, de nestăpânit, mai atractivă decât suferinţa ulterioară. Consecinţele negative ce derivă din această condiţie clinică se manifestă în integritatea funcţionării vieţii sociale a persoanei, provocând o suferinţă psihică dar și socio-relaţională (cadrul vieţii relaţionale, afective, familiale, profesionale) și somatică (patologie organică) (Ezio Manzato et al, 2007, p. 136).

Orice încercare de a defini dependenţa trebuie să ţină cont de complexitatea dependenţei, și din această cauză nu trebuie să se limiteze la a contura pur și simplu o personalitate dependentă sau un tip de substanţă psihoactivă sau un comportament specific capabil de a cauza dependenţa. însă dependenta se dezvoltă în interacţiunea dintre subiect, obiect și contextul socio-cultural de apartenenţă. Shaeffer, cu ani de zile în urmă, a susţinut că punctul central al dependenţei îl reprezintă experienţa subiectivă, modalitatea prin care obiectul schimbă stilul de viaţă al persoanei dependente, ceea ce înseamnă o provocare pentru ea însăși.

Conceptul de adicţie sexuală are rădăcini în modelul celorlalte adicţii: adicţia de droguri (heroină) sau adicţia

patternurilor comportamentale precum jocurile de noroc. însă în cazul dependenţei de sex este mult mai dificil de definit, deoarece din punct de vedere cantitativ, comportamentul sexual prezintă mari variaţii individuale: ceea ce pentru un subiect este normal, pentru un altul poate să fie puţin sau mult (Stoica, 1972, p. 384).

Manifestările persoanelor dependente de sex prezintă patternuri similare cu acelea regăsite în abuzul de substanţe, jocul de noroc patologic, mâncatul în exces și alte comportamente adictive prin aceea că cel aflat în suferinţă nu poate să-și controleze propriul comportament, nu poate răspunde la multitudinea de consecinţe negative și experimentează toate consecinţele emoţionale și comportamentale ale fenomenului precum dorinţa, toleranţa, neglijarea celorlalte aspecte importante ale propriei vieţi.

Unii autori, ca Goodman sau Carnes, definesc comportamentul dependent asociindu-l cu unele variabile și iau în considerare ipotezele patogene care se regăsesc în factorii dezvoltării copilului: imaginea de sine, modul în care copilul se percepe, în care factorul important este prezenţa sentimentului de abandon; relaţiile, modul în care copilul a perceput primele relaţii cu obiectele și apoi modul în care a dezvoltat pe aceste baze relaţiile cu ceilalţi, dacă el se poate atașa de aceștia și dacă se pot instaura relaţii intime sau dacă doar nu gândește că este posibil să fie atașat de ei, construind astfel o imagine socială ce are scopul de apărare; modul în care copilul îşi percepe propriile nevoi, emoţii și senzaţii sexuale.

În istoria personală a dependenţilor de sex au ieșit la iveală amintiri infantile de solitudine și sentimente de rătăcire. Ei simţeau că nu aveau pe cine conta sau de cine să depindă pentru a-și satisface propriile nevoi. Astfel, de-a lungul timpului și-au dezvoltat modalitatea de a căuta lucruri care le oferă mereu confort, care îi face să se simtă mereu bine, care sunt mereu disponibile. Dacă nu intervin experienţe ce trebuie să fie corectate, această căutare poate continua întreaga viaţă, făcând ca persoana în cauză

să depindă de lucruri precum sexul, mâncarea, alcoolul sau drogurile (Pistuddi, 2007).

În cazul copilului, acesta are convingerea deja structurată (și aceasta va dăinui peste ani) că nevoile sale nu sunt satisfăcute și pentru aceasta trebuie să depindă de alţii. Relaţia cu alte persoane riscă să fie substituită în cursul dezvoltării de o relaţie cu sexualitatea de tip dependent. Și totuși, abuzul sexual poate să nu fie element major în etiologia acestei tulburări (Avenia, 2007, p. 34). însă, nu toate cazurile de dependenţi au suferit abuzuri sexuale în copilărie.

Comportamentul sexual compulsiv (CSB) este un sindrom clinic caracterizat prin experienţa unei dorinţe sexuale, a fanteziilor și a comportamentelor recurente, intense care provoacă obstacole neplăcute în buna funcţionare a vieţii de zi cu zi (Coleman, Raymond, M℃ ˟Bean, 2003). Deseori, persoanele cu comportament sexual compulsiv îşi percep comportamentul sexual ca fiind excesiv, dar sunt neputincioase în a și-l controla.

Sexual addiction este deci o tulburare caracterizată printr-un comportament sexual compulsiv. DSM-urile ne-au descris comportamentul sexual compulsiv parafilic, care se deosebește de comportamentul sexual compulsiv non-parafilic. în primul caz vorbim de o deviere sexuală orientată distructiv către alte persoane: sadomasochismul, pedofilia, exhibiţionismul, voyeurismul, travestismul, fetișismul. Pe de altă parte, în comportamentul sexual non-parafilic devierea sexuală nu face rău persoanelor din jur. Aici sunt incluse: masturbarea (un autoerotism compulsiv), adicţia de cybersex (folosirea compulsivă a Internetului), folosirea compulsivă a eroticii (uzul de materiale pornografice), „cruiser” (parteneri multipli), comportamentul compulsiv folosind masajul erotic și chiar sexualitatea compulsivă într-o relaţie (Coleman, 2003).

Sunt autori care susţin că, dintr-un anumit punct de vedere, adicţia sexuală este la fel de periculoasă și distructivă precum adicţia de substanţe chimice. Adicţia poate primejdui mariajul și întreaga viaţă de familie, poate

deteriora performanţa profesională, poate crea conflicte, traume, depresii și sinucideri. Chiar și când realizează care sunt consecinţele, pacienţii nu-și pot controla compulsia fără a urma un tratament medicamentos. Studiile arată că pentru mulţi dintre aceștia sexul amplifică calitatea vieţii. Aceleași studii au scos la iveală că aproximativ 6% dintre americani suferă de adicţie sexuală. De-a lungul timpului ei se pot răni, pot avea experienţe psihologice dăunătoare, îşi pot pierde mijloacele de trai și pot distruge relaţiile cu cei din jur. Adicţia sexuală, în cele mai multe situaţii, apare însoţită de dependenţa de substanţe psihoactive. Acești pacienţi nu numai că se pun în pericol pe ei înșiși, dar pun în pericol propriii parteneri, prin riscul de a se contamina cu HIV (parteneri multipli, sex neprotejat) sau de alte boli cu transmitere sexuală.

În *American Journal of Psychiatry,* Goodman (1989) a propus un set de criterii de diagnostic pentru tulburările adictive, care poate fi aplicat și comportamentului sexual.

Criterii pentru diagnosticarea tulburării adictive

Pentru a diagnostica tulburarea adictivă se folosesc următoarele criterii:

implicare frecventă în comportament pentru a se ajunge la un grad mai mare de satisfacţie sau pentru o perioadă mai lungă decât a intenţionat iniţial;

1. dorinţă persistentă pentru comportament sau unul sau mai multe eforturi pentru a reduce sau a controla comportamentul;
2. timp îndelungat petrecut în activităţi necesare comportamentului sau pentru reducerea efectelor;
3. preocupare frecventă pentru comportament sau pentru activităţile preparatorii;
4. preocupare pentru comportament când se așteaptă la împlinire profesională, academică.
5. limitatea sau renunţarea la importante activităţi sociale, profesionale sau recreaţionale din cauza comportamentului;

7 continuarea comportamentului, conștient fiind de

faptul că acesta îi cauzează probleme fizice, sociale, financiare și psihologice;

nevoia de a mări intensitatea sau frecvenţa comportamentului pentru obţinerea efectului dorit, sau diminuarea efectului continuând comportamentul sau de a păstra aceeaşi intensitate;

8. Neliniște sau iritabilitate în situaţia în care îi este imposibil să activeze acest comportament.

Cel puţin trei criterii dintre cele nouă amintite trebuie să fie prezente pentru stabilirea diagnosticului, iar dintre acestea unele trebuie să persiste pe o perioadă de cel puţin o lună, sau să se repete pe o perioadă mai lungă de timp (Goodman, 1989, în Schneider J., 1991, p. 25)

Un an mai târziu a completat această listă cu alte criterii și anume: incapacitatea de a rezista la impulsurile care împing spre executarea acestui comportament (adictiv), senzaţie de creștere a tensiunii care precedă începutul comportamentului, plăcere pe toată durata comportamentului, senzaţie de pierdere a controlului în timpul comportamentului (Goodman, 1990, p. 1404, în Poudat, 2006, p. 144). Orice comportament care este folosit cu scopul de a produce gratificaţie (și totodată care creează un disconfort intern) poate duce la compulsivitate și poate constitui o tulburare adictivă.

Pe scurt, caracteristicile fiecărei tulburări adictive sunt următoarele: compulsivitate, pierderea abilităţii de a alege liber de a se opri sau de a continua; continuarea comportamentului în ciuda consecinţelor nefaste: pierderea job-ului, distrugerea căsniciei și pierderea libertăţii personale. Activitatea devine în mod clar obsesivă. Când comportamentul sexual este compulsiv și continuă să fie compulsiv chiar dacă apar urmări grave, se instalează adicţia. Persoanele adictive sexual prezintă tendinţa de a sexualiza celelalte persoane și situaţii și de a găsi conotaţii sexuale la cele mai multe remarci; ele petrec mult timp și risipesc o groază de bani urmărind satisfacerea rapidă a acestei preocupări obsesive. Fiecare comportament sexual poate fi parte a ciclului adicţiei:

contextul comportamental trebuie să fie luat în considerare dacă comportamentul este compulsiv.

Ceea ce pentru unii oameni pare sănătos pentru alţii este categoric nesănătos, așa cum alcoolul pentru unii provoacă consecinţe destul de grave, iar alţii sunt în regulă a doua zi. Dacă îi asculţi, constaţi cum aceste persoane descriu o euforie ce însoţește sexul, precum cea descrisă de consumatorii de droguri, ca un efect al endorfinelor și al altor substanţe chimice din creier care sunt produse de consumul de droguri.

Unii autori, Milkman și Sunderwirth (1987), au clasificat adicţia sexuală ca o excitare dependentă din cauză că efectele asupra creierului sunt similare cu efectele cocainei, amfetaminelor, adicţiei jocurilor de noroc. în contrast, adicţia la alcool, sedative sau hipnotice și mâncare sunt considerate a fi adicţii pentru saţietate. Ca și la consumatorii de alcool sau alte persoane adictive, comportamentul dependenţiilor de sex duce la gânduri distorsionate, raţionalizând și justificând propriul comportament, în timp ce îi învinovăţesc pe alţii pentru problemele rezultate. Ei neagă că ar avea probleme și îşi caută scuze pentru propriul comportament. Din păcate, distorsionarea realităţii, minciuna sau diminuarea unor efecte sau a unor costuri personale sunt prezente.

Pe baza unui studiu efectuat asupra a 600 de indivizi identificaţi ca fiind „sex addicts”, Carnes a categorisit adicţia sexuală în 11 pattern-uri. Dependenţii de sex în mod uzual participă compulsiv la mai mult de un singur tip de comportament sexual. De exemplu, ei se pot masturba compulsiv, pot fi dependenţi de pornografie dar și de prostituţie (Carnes, 1991). Cu toate că unii dependenţi de sex sunt hipersexuali, căutând raporturi sexuale sau orgasm de câteva ori pe zi, cei mai mulţi nu sunt așa. Pentru dependentul care are aventuri amoroase, euforia poate surveni din cauza senzaţiei, a emoţiei pe care o simte mai mult decât din cauza experienţei sexuale în sine. Mulţi dependenţi de sex au raportat un progres al propriei adicţii prin acceptarea unor noi riscuri sau prin încercarea

de a avea comportamente sexuale inedite pentru a menţine efectul euforic.

Ca instrument de screening, Carnes a dezvoltat Testul Screening pentru Adicţia Sexuală, regăsit la finalul cărţii, un chestionar cu 45 de itemi în care subiectul răspunde prin da sau nu. În 2018, Norvegia (Universitatea din Bergen) validează pe o populaţie de 23.533 de subiecţi (15.299 femei – 65% și 8.234 bărbaţi – 35%), un nou instrument: Bergen-Yale Sex Addiction Scale (BYSAS). Toţi participanţii au avut vârsta peste 16 ani (media 35,8 ani), cei mai mulţi fiind cuprinși între 16 și 30 de ani (40%), cei mai mulţi găsindu-se într-o relaţie (65,3%) și având educaţie: 2,350 au absolvit învăţământul obligatoriu (10%), 5.949 erau absolvenţi de liceu (25,3%), 3.989 de școală profesională (17%), 7.630 erau licenţiaţi (32,4%), 3.343 cu master (14,2%) și câţiva – 272 – chiar cu doctorat (1,2%) (Andreassen et al, 2018). Scala, cu o bună consistentă internă, măsoară modificări ale dispoziţiei, toleranţa, simptomele de sevraj, conflictele și recăderile și pierderea controlului.

Elemente ale istoricului familial

Dependenţă de sex, precum alcoolicii sau alţi dependenţi, provin mereu dintr-o familie dezorganizată, în care de obicei un părinte este dependent de o substanţă, este agresiv sau instabil emoţional, într-un studiu în care au fost chestionaţi 75 de dependenţi de sex aflaţi în recuperare, doar 20% dintre aceștia au afirmat că părinţii lor nu sufereau de nicio dependenţă. Cel puţin unul din părinţi a fost dependent de o substanţă (40%), unul sau ambii părinţi au fost dependenţi de sex (36%), cel puţin un părinte a avut tulburări de alimentaţie (33%) și doar 7% din 75 a avut un părinte dependent de jocurile de noroc (Schneider, 1991, p. 56).

Dificultăţile sexuale sunt comune în familiile dependenţilor de sex. Marea majoritate a dependenţilor de sex, aproape 82% din cei 600 de participant ai studiului lui Carnes, au fost abuzaţi sexual în copilărie, 73% au fost abuzaţi fizic și 97% au fost abuzaţi emoţional (Carnes,

1991). Dintre bărbaţii dependenţi, 3% au fost forţaţi de către tată să facă sex și 11% de către mamă. Ceilalţi 41% au fost abuzaţi de către vecini, asociaţii de afaceri ai părinţilor sau străini, pe când 8% au fost molestaţi de alţi adulţi autoritari.

În unele familii nu ˇs-au raportat incesturi. Copiii lipsiţi de suport familial tind să fie vulnerabili odată cu exploatarea sexualităţii lor, copiii care au fost abuzaţi sexual pot să aibă mai târziu o frică de sex, să creeze confuzie între sex și dragoste sau să creadă că singura cale de a se raporta la ceilalţi este sexul. Mai mult de jumătate din dependenţă de sex, chestionaţi în studiul amintit, au provenit dintr-o familie rigidă, detașată emoţional, în care discuţiile despre sex erau tabu, sau chiar respingătoare, ceva despre care nu se vorbește.

Elemente distinctive ale dependenţei de sex

Autori precum Eaˇrˇle și Crow (1998) au inclus dependenţa de sex (Ddă) în cadrul toxicodependenţelor, punând accentul pe senzaţia extraordinară de plăcere pe care o oferă obiectul dependenţei și care este utilizat având funcţie de anestezic pentru o inconvenienţă sau pentru o suferinţă psihică. Prin urmare, sexul este adoptat ca un drog prin care se caută plăcere. în același timp, într-o oarecare măsură sexul produce sentimente de inadecvenţă, de rușine, de diversitate și de solitudine, generând suferinţă, reactivând nevoia de a anula, de a închide cercul dependenţei (Avenia și Pistuddi, 2007).

În analiza celor doi autori paralelismul dintre dependenţa de sex, toxicodependenţă și alcoolism este foarte apropiat. Aceștia suprapun posibilitatea de a controla dorinţa, comportament ce duce la satisfacerea acesteia și, inevitabil, starea depresivă care urmează. Este subliniată componenta esenţială, adică aceea de a obţine plăcere, făcând să se potrivească perfect valoarea anestezică a obiectului dependenţei și cercul vicios care se instaurează rezultând o progresivă degenerare a vieţii individului. Descrierea psihopatologiei dependenţei de sex a celor doi autori îşi propune să afirme o cauzalitate

biochimică a producerii endogene de substanţe stupefiante.

Cu toate că studiile desfășurate în Statele Unite și în Italia au evidenţiat existenţa unui număr considerabil de dependenţi, totuși cauzele comportamentului nu sunt perfect elucidate. Foarte puţine cazuri sunt studiate în detaliu, care să ofere o evaluare statistică despre etiologia psihică și prin acesta să permită o modalitate de tratament. Procesul de cunoaştere a subiectului dependent de sex implică și contextul familial, membrii familiei, istoria personală văzută de pacient sau povestită în mod direct de către membrii familiei.

Dacă rămânem în sfera dependenţei de sex, încadrată în categoria toxicodependenţei, trebuie să uniformizăm doi parametri. în ceea ce privește primul parametru, adică seducţia sau, cu alte cuvinte, nevoia de a consuma drogul, acest fenomen este sintetizat de renumitul farmacolog Bruno Silvestri cu cuvintele următoare: atracţia faţă de drog ne conduce în mod fundamental la trei stări ale motivaţiei:

suferinţa minţii și a corpului (psihică și fizică), sub formă de teamă, anxietate, insomnie, angoasă, tensiune. Cauzele pot fi exogene sau endogene;

1) *nevoia de a se distinge de alţii* și de a câştiga stimă din partea lor, unită cu teama de a nu fi la înălţime;

2) *dorinţa de a scăpa de grijile vieţii cotidiene* pentru a lăsa libere visele, fanteziile, imaginaţia.

Ce-l de-al doilea parametru, în schimb, urmărește raportul dintre predispoziţia constituţională și factorii externi; trebuie să reţinem că există două tipologii extreme ale toxicodependenţelor: aceea cu o puternică predispoziţie constituţională și alta cu o influenţă relativ modestă a factorilor externi (Avenia, 2001).

Dacă unul dintre elementele unice recunoscute și acceptate pentru dependenţa de sex este insaţiabilitatea apetitului sexual, putem spune că graniţa dintre dependenţa de sex și sexul văzut în mod normal este echivalentă de exemplu, cu uzul și abuzul de alcool? Chiar

dacă insatiabilitatea este o caracteristică a dependenţei de sex, totuși dependenţa de sex este un fenomen mult mai complex.

Martin P. Kafka, profesor de psihiatrie la Harvard Medical School, care ˇs-a ocupat de-a lungul timpului de dependenţa de sex, susţine că tulburările hipersexuale non-parafilice sunt în special dereglări sau dezinhibiţii ale excitaţiei dorinţei sexuale umane. Cauza comportamentului dependentului sexual este identificarea într-o reglare anormală a dorinţei sexuale, într-o dezinhibiţie: semnul distinctiv al acestei dezinhibiţii care dă statusul unei condiţii clinice este comprehensiunea voinţei; timp îndelungat cheltuit în impulsuri, activitate și fantezie non-relaţională, și consecinţele personale și psihosociale nefavorabile care însoţesc dezinhibiţia sexuală (Kafka, 2000, p. 534, în Avenia, 2007).

Până în prezent nu ˇs-a identificat nicio genă responsabilă pentru dependenţa de sex. Există însă câteva proiecte în derulare în Canada și America, conduse de dr. Carnes. Totodată, există o serie de teorii biochimice, iar Martin Kafka este unul dintre pionierii acestor teorii. Kafka a explorat ceea ce el a denumit „ipoteza monoaminelor” dependenţei de sex. „Monoamine” este un termen-umbrelă pentru cei trei neurotransmiţători din creierul nostru, și anume: dopamină, norepinefrină și serotonină. Conform teoriilor psihiatrului și sexologului Martin Kafka, persoanele cu un comportament sexual compulsiv prezintă o dereglare în neurotransmiţătorii mai sus amintiţi. Cel mai mare responsabil pare a fi serotonină. Dezbaterile care au avut loc în lumea academică medicală americană au pus în centru ipoteza conform căreia se dorea stabilirea unei legături între nivelurile de serotonină și tulburările psihiatrice. Kafka consideră că persoanele dependente de sex prezintă un nivelul scăzut de serotonină. Serotonină, după cum se știe, este implicată la mai multe niveluri în comportamentul sexual, atât spinal cât și supraspinal, exercitând efecte în principal inhibitorii asupra comportamentului sexual al bărbatului adult

(Mogoș, 2007, p. 11.)

Pasini are o altă teorie. El pune accentul pe compulsivitatea dorinţei ca element distinctiv al condiţiei aceluia ce trăiește un intens apetit sexual dar e capabil să-l controleze (Pasini, 2002).

Limita pare a fi stabilită de o dorinţă dereglată și de o imposibilitate de a gestiona dorinţa și satisfacerea acesteia. Aici intră conceptul de compulsivitate, compulsii care, conform definiţiei din DSM-IV-TR, sunt comportamente repetitive sau acţiuni mentale în care obiectivul este acela de a preveni sau reduce anxietatea. Spălarea mâinilor mereu nu este cauza unei dereglări a dorinţei inerente, ci este un comportament, o acţiune ce produce un efect diferit de cel intrinsec, și anume: evitarea, diminuarea sau neperceperea inconvenienţei interioare.

Alţi autori, tratând subiecţi dependenţi de sex, au scris: „putem să definim acești subiecţi ca fiind «insaţiabili de sex», chiar dacă în realitate se caracterizează mai ales prin profunda incapacitate de a diferenţia satisfacerea nevoii de a tolera sau, cum afirma Bion, frustrarea absentei. Ceea ce este cu adevărat dramatic nu este insatiabilitatea în sine, ci dimensiunea emotiv-afectivă supusă simptomului, caracterizată de o componentă depresivă” (Di Maria și Falgares, 2004, p. 24)

În schimb, Carnes, specialistul de cel mai mare renume al acestui fenomen (director al Serviciului de Tulburare Sexuală al Institutului Meadows din Arizona), înţelege dependenţa de sex ca pe o relaţie bolnavă cu ceilalţi, deplasând din nou centrul de greutate al comprehensiunii și poziţionându-l în exterior. Cu alte cuvinte, o relaţie patologică ţu sexul.

Există și voci care susţin altceva. De exemplu Charlotte Kast, o reprezentantă a femeilor dependente de sex, susţine că „la femei «sexual addiction» reflectă internalizarea normelor masculine ale sexualităţii, care implică putere, forţă și control” (Irvin, 2005, p. 168). într-un mod simplu, dar adevărat, ea definește adicţia sexuală

atunci când sexul este separat de dragoste și afecţiune. Accentuând latura spirituală a sexualităţii, Kast e de părere că, comportamentul sexual adictiv reflectă un mare deficit spiritual. Dependenţii, afirmă Kast, consideră că ceea ce este în afara noastră ne poate face fericiţi, că ceea ce este din ce în ce mai mult, mai puternic și mai repede este mai bine pentru noi (Kast, 1989, p. 10).

În schimb, pentru Helen Sânger Kaplan, sexolog de renume, „sexual addiction" reprezintă un fenomen destul de rar, iar termenul însuși nu are nicio valabilitate ştiinţifică. Cum însăși sexologia este o ştiinţă în continuă schimbare, tind să cred că și opiniile specialiștilor sunt dinamice odată cu trecerea timpului.

Diversele interpretări ale dependenţei de sex pot continua. Să nu uităm faptul că nici în manualul DSM-IV-TR și nici în ICD-10 nu apare diagnosticul „dependent de sex" Apar doar unele parafilii, precum exhibiţionismul și voyeurismul, care sunt asociate ca niște comportamente hipersexuale.

Cea mai evidentă caracteristică a dependenţei de sex este reprezentată, fără niciun fel de dubiu, **de centralitatea sexului în viaţa subiectului.** Persoanele care sunt dependente de sex îşi orientează şi-şi reglează propria viaţă în baza posibilităţilor de satisfacere a dorinţelor sexuale. Opţiunile lor sunt să identifice condiţia cea mai posibilă de a realiza comportamentele sexuale dorite și care nu sunt controlabile printr-o altă modalitate.

Prin centralitate, înţelegem rolul hegemon al sexualităţii în viaţa subiectului care atribuie satisfacerii dorinţelor sexuale o poziţie dominantă (sex, sex, sex). Se creează astfel o nouă structură de semnificaţii și o scală anormală a priorităţilor în cadrul căreia fiecare acţiune îşi găsește motivaţie și justificare, un proiect de viaţă esenţialmente distorsionat, dar capabil de a susţine și de a orienta subiectul în alegerile lui (Avenia, 2000, p. 311).

Prima caracteristică a fenomenului, centralitatea, este pusă în strânsă legătură cu abundenţa și raportul cu consecinţele. Prin abundenţă se înţelege impulsul de

nestăpânit al comportamentului sexual cu insinuarea în fiecare moment al vieţii subiectului dependent, pentru că sexualitatea nu este dominantă doar la nivel mental (centralitate) ci și la nivel practic, răspândindu-se în mare parte dintre acţiunile cotidiene.

Raportul cu consecinţele poate fi cultivat în dublul său aspect: subiectiv (subevaluând și ignorând importanţa consecinţelor) și obiectiv (producerea consecinţelor). Astfel, pe de o parte, notăm un raport distorsionat cu consecinţele, adică o subevaluare, pe de altă parte, se evidenţiază efecte dăunătoare asupra vieţii subiectului sau altor persoane (partener, familie et[.).

Subiectul are tendinţa de a înţelege că, în general în prima perioadă nu există consecinţe negative nici pentru *sexual addicts,* nici pentru cei din jur, deoarece comportamentele nu sunt atât de exagerate sau pentru că încă se mai pot gestiona.

Persoana dependentă de sex îşi orientează opţiunile în baza unei scale de priorităţi și valori alterate, pentru că pune în centru satisfacerea impulsurilor sexuale. Astfel că, inevitabil, se produc consecinţe dăunătoare pentru el și pentru cei din jurul său.

Când dependentul de sex nu reușește să-și frâneze comportamentele sexuale, rezultând amintitele consecinţe, se evidenţiază cea de-a patra caracteristică a dependenţei de sex: **imposibilitatea de a se abţine, în ciuda consecinţelor.** Consecinţele pot fi subevaluate de subiect sau subiectul poate să nu se preocupe de acestea, ajungând chiar să le nege, printr-o percepere eronată (distorsionată) a realităţii (Avenia, 2007, p. 28).

Ultimele două elemente caracteristice dependenţei de sex sunt toleranţa și abstinenţa. în ceea ce privește primul criteriu, trebuie să luăm în calcul doi parametri: unul temporar, care evaluează creșterea frecvenţei comportamentelor dependente și al doilea, legat de obiect, care ia în considerare creșterea stimulilor necesari pentru a activa comportamentul (Avenia, 2007, p. 31).

Abstinenta, în schimb, se află încă într-o situaţie

controversată, deoarece în timp ce unii autori o recunosc, alţii, printre care și Carnes, nu o includ printre cele 10 caracteristici principale ale dependenţei de sex. Probabil opiniile diferite au apărut ca rezultat al variabilei temporare, deoarece fenomenul se dezvoltă sensibil de-a lungul timpului, perioade lungi, și de faptul că în situaţii de normalitate este ușor de observat existenţa unor simptome de abstinenţă, ca o iritabilitate și o agresivitate majore.

În concluzie, dependenţa de sex este un fenomen foarte complex, și deloc ușor de a fi identificat cu exactitate, mai ales în primele faze. Avem totuși câteva elemente certe care pot ajuta la stabilirea unor criterii clare de diagnostic, și anume: centralitatea, raportul cu consecinţele, imposibilitatea de a se abţine, în ciuda consecinţelor, imposibilitatea de a controla impulsul și toleranţa.

Relevante pentru discuţia din acest moment sunt rezultatele unei cercetâri-grant a Universităţii Texas Pan American din 2010, pentru stabilirea unor criterii distinctive ale dependenţei de sex, în paralel cu celelalte tipuri de dependenţe, autor fiind dr. Russell Eisemnann. Studiul a adunat 9.313 de studenţi, dintre care 3.083 erau băieţi, iar 6.230 erau fete. De menţionat că studiul ˝s-a desfășurat în universităţi din S.U.A. ˝și Canada, participanţii primind o listă cu 13 itemi și o scală de la 0 – 100 pe care să-și bifeze dependenţa. Surprinzător, rezultatele au arătat că bărbaţii sunt mai dependenţi decât femeile, iar femeile sunt mai deschise în a răspunde la întrebările referitoare la dependenţa de alcool, ciocolată ori mâncare în general (Eisemnan, 2010). Russell Eisemnan a subliniat ceea ce cercetările anterioare au exprimat și anume că dacă o persoană prezintă o lipsă a controlului și o dependenţă într-o arie oarecare va avea probleme și în alte arii (Oltmanns, 2003). De exemplu, dragoste și sex, persoane dependente de ambele, cu alte cuvinte există o interrelaţie între dependenţe.

Eisemnan, mai departe, face distincţie între dependenţa de sex și dependenţa de dragoste. în viziunea

lui există anumite persoane dependente de sex, iar altele dependente de dragoste, iar unele persoane pot fi dependente și de sex și de dragoste.

Rezultatele cercetării au mai pus în evidenţă și faptul că bărbaţii sunt mai dependenţi de alcool, amfetamine, cocaină, heroină, marijuana, jocuri de noroc, sex, pe când femeile ˇs-au dovedit *a* fi mult mai dependente de ciocolată, ţigări și mâncare în general. Ceea ce înseamnă că există diferenţe între genuri. Aceste rezultate respectă oarecum biologicul genului, deoarece bărbaţii fiind mai aventuroși decât femeile, și tipurile de dependenţă sunt specifice genului. Diferenţele pe care aceste rezultate le-au arătat nu depind însă doar de gen în sine, ci pot depinde și de mediu și modul în care se manifestă un student sau o studentă (cercetarea incluzând doar studenţi). Dacă femeile ˇs-au arătat a fi mai dependente de ciocolată, nu înseamnă că nu pot fi și bărbaţi dependenţi de ciocolată, căci mediul și experienţa personală au un rol fundamental în modularea propriului comportament (Cattaneo, 2006, p. 93).

Desigur, datele preluate prin self-report sunt mereu susceptibile de distorsiuni și erori. Ideea principală desprinsă din această cercetare era legătura între sexual addiction și celelalte tipuri de adicţie.

Criterii pentru dependenţa de substanţă /

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM-IV) elementul esenţial al dependenţei de o substanţă îl constituie un grup de simptome cognitive, comportamentale și fiziologice ce indică faptul că individul continuă folosirea substanţei, cu toate că are numeroase probleme datorate acestui fapt. Există un pattern de autoadministrare repetată care duce la toleranţă, abstinenţă și la un comportament compulsiv de luare a drogului în cauză. Cu excepţia cafeinei, diagnosticul de dependenţă de o substanţă poate fi aplicat oricărei clase de substanţe, și anume: alcool, amfetamine, canabis, cocaină, halucinogene, inhalante, nicotină, opiacee, phencyclidină, sedative, hipnotice, anxiolitice, sau

alte substanţe.

Criteriul 1 este **toleranta,** adică necesitatea de cantităţi tot mai mari de substanţă pentru a ajunge la intoxicaţie (sau la efectul dorit) ori un efect diminuat considerabil prin continuarea folosirii aceleiași cantităţi de substanţă. Gradul pentru care se dezvoltă toleranţa variază mult în raport cu diferite clase de substanţe (DSM-IV, p. 198).

Criteriul 2, **abstinenţa,** este o modificare dezadaptativă de comportament, cu concomitenţe fiziologice și cognitive, care survine când concentraţiile sanguine sau tisulare ale unei substanţe diminuează, la un individ care a menţinut un uz prelungit de cantităţi mari de substanţă.

Itemii de la 3 până la 7 descriu patternul de uz compulsiv al unei substanţe care este caracteristic dependenţei. Individul poate lua substanţa în cantităţi mari sau o perioadă mai lungă de timp decât intenţiona iniţial (de exemplu, continuă să bea până ce se intoxică sever, în dispreţul faptului că și-a propus ca limită un pahar). Individul îşi poate exprima dorinţa persistentă de a suprima sau regla uzul de substanţă. Există adesea multe eforturi fără rezultat de a reduce sau chiar suprima uzul (criteriul 4).

Individul poate pierde foarte mult timp pentru a obţine substanţa, a o consuma ori pentru a se recupera după efectele ei (criteriul 5). în unele cazuri de dependenţă de substanţă, virtual, toate activităţile cotidiene ale persoanei se învârt în jurul substanţei. Activităţile sociale, profesionale sau recreaţionale pot fi abandonate sau reduse din cauza uzului unei substanţe. Individul se poate retrage din activităţile de familie și din hobby-uri pentru a uza de substanţă în mod privat sau pentru a petrece cât mai mult timp cu amicii. în dispreţul recunoaşterii rolului contributiv al substanţei la o problemă psihologică sau somatică (de exemplu, simptome depresive severe ori leziuni ale diverselor organe), persoana continuă să facă uz de substanţă.

Tema cheie în evaluarea acestui criteriu nu este existenţa problemei, ci mai curând incapacitatea individului de a se abţine de la uzul de substanţă, în dispreţul faptului că are proba dificultăţii pe care aceasta i-o provoacă.

Prezint mai jos criteriile pentru dependenţa de o substanţă.

Un pattern dezadaptativ de uzul de o substanţă, care duce la deteriorare sau detresă semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai mult din următoarele, și care survin oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni:

Atingerea unui nivel de toleranţă, așa cum este definită de oricare dintre următoarele:

necesitatea de cantităţi de substanţă considerabil crescute pentru a ajunge la intoxicaţie sau la efectul dorit;

efect redus în mod considerabil prin continuarea uzului aceleiași cantităţi de substanţă.

Abstinenţă, manifestată prin oricare din următoarele:

sindromul de abstinenţă caracteristic substanţei (se referă la criteriile A ?i B ale setului de criterii pentru abstinenţa de substanţe specifice);

aceeași substanţă (sau o substanţă strâns înrudită) este consumată pentru a atenua sau a evita simptomele de abstinenţă;

Substanţa este luată adesea în cantităţi mari sau o perioadă de timp mai lungă decât era preconizat;

1. Există o dorinţă persistentă de a consuma substanţa, concomitent cu existenta unor tentative înfructuoase de a controla sau suprima uzul de substată;

2. O mare parte a timpului este risipită în activităţi necesare obţinerii substanţei (de exemplu, vizitarea mai multor doctori sau condus pe distanţe mari), uzului substanţei (de exemplu fumatul în lanţ) sau recuperării din efectele acesteia;

Abandonarea sau cel puţin reducerea unor importante activităţi sociale, de muncă sau recreaţionale din cauza uzului de substanţă;

3. Consumul de substanţă este continuat în ciuda

faptului că persoana este conștientă că are o problemă somatică sau psihologică, persistentă sau recurentă, care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanţă (de exemplu, uz curent de cocaină deși știe că acesta induce depresie, sau băut continuu deși știe că un ulcer este agravat de consumul de alcool).

De specificat dacă:

Cu dependenţă fiziologică: proba toleranţei sau abstinenţei (adică este prezent itemul 1 sau 2);

Fără dependenţă fiziologică: nicio probă de toleranţă sau de abstinenţă (adică nu este prezent nici itemul 1 și nici itemul 2).

Substratul neurobiologie al dependenţei

Cercetările care au avut scopul de a identifica un substrat neurobiologie al fenomenului de dependenţă au avut ecou odată cu primele cercetări experimentale ale lui Olds și Milner (1954). ˇS-a demonstrat existenţa unor structuri cerebrale ce transmit apetitul senzaţiei de plăcere gratificate pe care le-a denumit Centrul Cerebral al Plăcerii (CCP), localizat în regiunea ce cuprinde hipotalamusul posterior și nucleii sistemului limbic (Liggio, 2007, p. 44).

Cei doi autori au activat în laborator diferite arii cerebrale ale animalelor (șoareci, pisici, câini), prin stimulare electrică, cu scopul de a cerceta existenţa unor regiuni, care odată ce au fost stimulate favorizează învăţarea. Prin aceasta, observând că simpla stimulare a anumitor arii cerebrale va induce animalului căutarea compulsivă a situaţiei ce coincide cu stimularea. Ca de exemplu, dacă stimularea era executată în momentul în care animalul se găsea într-un colţ al cuștii, el se reîntorcea repede, iar dacă stimularea era percepută în timp ce-și ţinea capul în sus, el se îndrepta în sus, demonstrând că a avut în cele din urmă un comportament asociat cu cel al stimulării. în experiment, animalele se deplasau lovindu-se de o pârghie, pârghie care provoca stimularea acelor arii cerebrale specifice, învăţând imediat să acţioneze pârghia pentru autostimulare. Frecvenţa cu

care animalul acţiona pârghia respectivă constituia indicele de nevoie pentru autostimulare.

În mod cu totul special, ariile cerebrale erau autostimulate de animal cu o frecventă uimitoare, ajungând până la 5000 de autostimulări pe oră, adică mai mult de o autostimulare pe secundă. în concluzie, frecvenţa autostimulărilor selective corespunde în directă măsură experienţei gratificate a animalului, chiar dacă multe dintre ele preferă autostimularea la mâncare. Astfel, regiunile care au reacţionat cel mai bine la autostimulare au fost cele localizate în hipotalamusul posterior (anterior corpilor mamilari până la zona preoptică) și în sistemul limbic (nudei septali, în special) (Liggio, 2007, p. 45).

Deci, prin aceste experimente ˟s-a putut realiza o hartă a regiunilor cerebrale care mediază comportamentul de dependenţă evidenţiind rolul fundamental al circuitului cerebral asociat cu trăirea introspectivă a plăcerii (circuitul de gratificare – CG).

Substratul fundamental al circuitului prezis e rezultatul sistemului mezolimbic dopaminergic (SMD) constituit de un grup de neuroni grupaţi în aria tegmentală ventrală (ATV) ce transmite proiecţii în diferite arii ţintă și în special către nucleul acumbens (NA). Acest circuit dopaminergic care leagă ATV de NA este indispensabil pentru dependenţă deoarece ˟s-a constatat că întreruperea acestuia provoacă la animalele supuse experimentului pierderea oricărui interes pentru substanţele stupefiante. La mamiferele superioare, circuitul de gratificare se integrează cu acele regiuni cerebrale care fac disponibil individul pentru activităţi ce produc plăcere precum alimentaţia și sexualitatea (Avenia, 2007, p. 45).

Printre aceste regiuni trebuie menţionată și amigdala (implicată printre altele și în evaluarea introspectivă a plăcerii). Amigdala primește semnale de la cortexul senzitivo-senzorial atribuind stimulilor un răspuns emoţional. Intensitatea acestuia este sub controlul cortexului prefrontal (Williams, 2004, p. 482), hipocampului (implicat în înregistrarea experienţelor

negative și pozitive) și ariei inhibitorii gabaergice a cortexului prefrontal. Totodată, legătura dintre ATV-NA funcţionează ca o supapă pentru gratificare pentru că sunt implicaţi în informare centrii decizionali ai entităţii plăcerii ai unei acţiuni date, procesând în așa mod încât acţiunea este memorată și, deci, repetată în directă măsură cu intensitatea plăcerii sale. Totul a fost confirmat prin rezonanţă magnetică (MRI) sau prin tomograful cu emisie de pozitroni (PET) și ˇs-a putut observa că ATV ?i NA la indivizii dependenţi de cocaină ˇs-au activat odată cu consumul de substanţă. Pentru că se observă aceeași activare a complexului amintit, ATV-NA, și pentru cei ce joacă jocuri de noroc, compulsiv, se deduce că aceeași structură cerebrală susţine fiecare tip de dependenţă cu un relativ comportament obsesiv-compulsiv.

Activităţile gratificante apetitive induc „impregnări" de neurotransmiţători catecolaminici specifici, adică dopamină, în complexul ATV-NA, care dezactivează temporar proteina de transport. Acesta reintroduce neurotransmiţătorul (dopamina) în neuronii ATV la fel ca în consumul de cocaină sau amfetamine, pe când substanţele stupefiante opiacee stimulează direct terminaţiile dopaminergice ale NA pentru stoparea dopaminei în exces, generând un sens introspectiv de plăcere (Bălăceanu-stolnici, 2012).

Experimentele pe șoareci, capabili să producă d-Fosb în exces în NA, i-au evidenţiat ca fiind hipersensibili la substanţe stupefiante. ˇS-a mai demonstrat că d-Fosb are un rol important în geneza comportamentului compulsiv secundar oricărui tip de stimuli de gratificaţie și că abuzul de substanţe stupefiante conduce la formarea de noi puncte dendritice și, deci, de ulterioare sinapse în cadrul NA, ce se pot prelungi pentru multă vreme, chiar și după stoparea consumului de substanţă. în unele fenomene sunt implicate și alte regiuni cerebrale printre care în mod special amigdala, hipocampul și cortexul prefrontal, toate regiunile care schimbă mesaje sau cu ATV sau cu NA. Substanţele stupefiante și activităţile de gratificare au

provocat creșterea concentraţiei de dopamină în complexul ATV-NA, alterând pragul de sensibilitate al glutaminei (neuromediator excitator) rezultând tipicul mecanism de condiţionare operantă, insaţietate, dorinţa de a repeta experienţa (Avenia, 2007, p. 46).

Rolul prolactinei în saţietatea sexuală

Orice perspectivă am avea nu trebuie să ignorăm faptul că dorinţa sexuală, excitaţia dar și orgasmul sunt mediate de interacţiunile complexe ce au loc între sistemul nervos autonom, atât la nivel cerebral, cât și la nivel spinal și periferic. Integrarea sistemului nervos autonom cu sistemul endocrin duce la definirea comportamentului sexual al bărbatului și al femeii, care răspunde într-un mod determinant la influenţele cerebrale. Modul în care va răspunde și rezultatul acestor interacţiuni determină comportamentul sexual al subiectului. Se înţelege cum unica schimbare a acestor diferite niveluri de interacţiune poate modifica într-o manieră importantă obiceiurile sexuale ale unei persoane.

La nivel fizic, modificările endocrine, vasculare cauzate de vârstă, de o anume patologie, sau chiar de intervenţiile chirurgicale sau de toxicitatea terapiilor farmacologice pot fi cauza acestor modificări. Rămâne întrebarea: în ce măsură factorii psihologici, culturali, sociali, religioși sau de viaţă relaţională pot acţiona la niveluri corticale, stimulând sau inhibând funcţia sexuală?

Studiile clinice au definit în mod precis răspunsul hormonal la stimulii sexuali și la reacţia organică (Goldstein, 1997; Brody, 2006). Aceste studii au evidenţiat faptul că prolactina este singurul hormon, dintre cei examinaţi – adică: adrenalina, noradrenalina, cortizolul, ţestosteronul, estradiolul, LSH-ul, FSH-ul, vasopresina, oxitocina, endorfinele –, a cărei concentraţie a crescut într-o măsură semnificativă de-a lungul timpului. Prolactina este un hormon polipeptidic, sintetizat, depozitat și secretat de lobul anterior al hipofizei (glanda endocrină situată la baza creierului), care are numeroase funcţii, printre care și activitatea lactogenă prin declanșarea

secreţiei lactate și menţinerea producţiei de lapte. Secreţia de prolactină de către hipofiză (antehipofiză) este reglată de dopamină (Alei, în Avenia, 2007, p. 56).

În sens contrar, după o creștere inițială, concentraţia oxitocinei va reveni la nivelurile normale după zece minute ale evenimentului (Kruger, 2002).

O altă caracteristică a prolactinei este aceea că este unicul hormon dintre cei examinaţi în care nivelurile de concentraţie sunt ridicate după o oră de la producerea orgasmului. Ca atare, eliberarea de prolactină de către glanda pituitară (hipofiza) indusă de orgasm este corelată cu fazele post-orgasmice. Interesantă este evidenţa rezultată că un orgasm generat de un raport sexual determină o eliberare crescută de prolactină dacă comparăm cu un orgasm obţinut prin masturbare (Brody, 2006). În același studiu al lui Brody ˟s-a evidenţiat faptul că la pacienţii chestionaţi nivelurile de prolactină au variat, ajungând până la 400% comparând două orgasme diferite.

Acţiunea acestui hormon se desfășoară la nivel central unde, trecând prin receptori specifici ai centrilor dopaminergici dedicaţi controlului comportamentului sexual, acţionează reducând dorinţa sexuală. Acţiunea prolactinei se desfășoară în mod special la nivelul centrilor dopaminergici nigrostriali, mesolimbico-corticali și ai ariei preoptice. Studiile pe cobai au demonstrat că aceste arii fie prezintă o densitate mare de receptori pentru prolactină, fie sunt responsabili pentru comportamentul sexual. Secreţia de prolactină pare a avea un rol de feedback negativ asupra sistemului nervos central, influenţând comportamentul sexual al subiectului (Snowdon, Ziegler, 2015).

În vederea confirmării acestor ipoteze, alte studii endocrinologice au arătat că este o diferenţă statistică semnificativă în reducerea numărului de raporturi sexuale la mamiferele cu niveluri ridicate ale acestui hormon în sânge. Atunci când vorbim de fiinţele umane, hiperprolactinemia apare adeseori ca simptom, însoţită de

o reducere a frecvenţei raporturilor sexuale, cu sau fără o disfuncţie erectilă. Nivelurile ridicate ale acestui hormon pot fi asociate la bărbat cu un deficit de ţestosteron, iar la femeie cu disfuncţii ovariene. Totuși este deosebit de important să subliniem că o diminuare a libidoului, adică a dorinţei sexuale, este posibilă în cazurile de hiperprolactinemie chiar și fără modificări ale hormonilor sexuali. O altă confirmare a rolului acestui hormon vine din partea efectelor antidepresivelor (printre care inhibitorii de recaptare a serotoninei) și din partea antipsihoticelor care induc hiperprolactinemia (Haddad, 2001).

Diverse teorii psihogene și neurobiogene au fost formulate pentru a explica geneza dependenţei de sex. Având la bază studiile precedente și discuţiile asupra caracteristicilor comportamentale ale dependenţilor de sex se poate alcătui o teorie neurobiogenă a patologiei.

Conform acestei ipoteze, pacientul cu dependenţă de sex prezintă o modificare a sistemului de control efectuat de prolactină la nivelul sistemului nervos central. La subiectul sănătos, diminuarea progresivă a nivelului hormonal determină o lipsă de inhibiţie a sexualităţii care se evidenţiază printr-o creștere a libidoului care se reduce la secreţia de prolactină (Krüger et al, 2003).

La pacienţii cu dependenţă de sex modificarea sistemului feed-back negativ la nivel central, în sensul lipsei acţiunii, determină modificarea libidoului sexual influenţând comportamentul social al subiectului (Alei, 2007, p. 59).

Adicţia sexuală și ADHD

ADHD (Attenţion Deficit Hyperactivity Disorder) este un sindrom des întâlnit la copii mici preșcolari dar și la unii școlari din întreaga lume care a ajuns să fie luat în seamă și în România, fiind un diagnostic des utilizat sau chiar prea repede stabilit și deci chiar abuzat. în Statele Unite ale Americii se estimează că un procent între 3 – 5% dintre copii sunt diagnosticaţi cu ADHD, ceea ce înseamnă aproximativ 2 milioane de copii. Pentru acești copii este greu să-și controleze comportamentul și să fie atenţi.

Există trei caracteristici principale ale ADHD și anume: lipsa atenţiei, hiperactivitate și impulsivitate.

De unde legătura dintre ADHD și dependenţa sexuală? Pe baza evidenţelor clinice, pacienţii care au fost internaţi pentru sexual addiction ˇs-au dovedit a avea hiperactivitate și simptome de deficit de atenţie. Spre exemplu, un studiu desfășurat în 2004 în Georgia (S.U.A.) a concluzionat că majoritatea pacienţilor au avut în antecedente persoane care au abuzat de anumite substanţe, care au fost dependente de alcool sau droguri. De asemenea, studiile care au inclus persoane diagnosticate cu ADHD au arătat faptul că acestea au un risc în a deveni dependente de alcool, cofeină, marijuana, nicotinăet[. (Richarson, 1997, p. 231). Unii dintre aceștia folosesc substanţele pentru a-și „ameliora" abilităţile, pentru a ajunge la o stare de bine, îndeletnicire cunoscută sub numele de „seif medicating" E. Mick a demonstrat că la adulţii cu ADHD crește riscul de a abuza de anumite substanţe, de a deveni dependenţi (Mick, 1998). Asta nu înseamnă că toţi copiii cu ADHD identificaţi în școli vor deveni dependenţi. Nu-mi propun deloc să creez angoase părinţilor și familiilor. Dimpotrivă.

Blankenship și Laaser, autorii studiului, sunt de părere că tratamentul pentru ADHD poate fi folosit, și este esenţial, și în tratamentul adicţilor

(Blankenship și Laaser, 2004, p. 13). Diferite tipuri de traume pot fi factori etiologici în dezvoltarea adicţiei sexuale. Prin acest studiu ˇs-au evidenţiat anumite similarităţi regăsite la dependenţă de sex și la persoanele cu ADHD, și anume ambele grupuri au relatat dificultăţi în tolerarea plictiselii, au prezentat tendinţa spre comportamente cu riscuri ridicate, dificultăţi în controlul stărilor sufletești, ceea ce totuși nu este suficient.

Prin tratamentul ADHD ˇs-a constatat o îmbunătăţire a căsniciilor, dar și o performanţă a muncii. Tratamentul, în viziunea autorilor, trebuie să se bazeze pe medicamentaţie, dar nu exclusiv. Chiar dacă neurochimia este un factor clar în cazul ADHD este importantă

schimbarea copilului, motivarea sa, comportamentul său adaptativ, acestea să ne ofere credit pentru munca depusă prin terapie, și nu medicamentaţia. Medicamentele sunt necesare, însă pentru a avea rezultate trebuie să fie înţelese și capacităţile copilului. Intervenţiile psihoeducaţionale și psihopedagogice, terapiile psihocomportamentale pot avea mai mult succes decât Strattera, medicament des folosit în tratament, însă în unele cazuri acesta este obligatoriu.

Mircea Sigal, medic israelian de origine română, specialist în tratamentul adicţiilor – pe care l-am întâlnit când a prezentat la cea de-a VIII-a conferinţă a Asociaţiei pentru Medicina Sexualităţii (Brașov, aprilie 2008) un studiu pe 115 cazuri dintre care 80 bărbaţi și 35 femei dependente de sex –, susţinea ipoteza conform căreia adicţia sexuală este o expresie a adultului cu ADHD. El a explicat adicţia sexuală ca fiind o combinaţie între eliberarea de / / dopamină, un nivel ridicat de ţestosteron și o fixaţie comportamentală la stimularea endorfinei din nucleus accumbens. Tot legat de un substrat neurobiologic, aceste persoane prezintă un nivel ridicat de noradrenalină și oxitocină și un nivel scăzut de serotonină.

Definiţia compulsivităţii. Relaţia dintre dependenţă și compulsivitate

Termenul de compulsivitate îşi are originea de la latinescul „compello-compere-compuli-compulsum”, ceea ce se traduce prin „a împinge, a forţa, a sili, a constrânge”, asemănător cuvântului compulsie, și a fost introdus în psihiatrie pentru prima dată în Germania de către psihiatrul și sexologul vienez Richard Krafft-Ebing, în 1867, prin termenul corespondent din limba germană *Zwang,* pentru a indica gândirea depresivilor. Un an mai târziu, în 1868, psihiatrul Wilhelm Griensinger (1817 – 1868) a propus acest termen pentru a indica complexul de gânduri impulsive, iar în 1877 Friedrich Westphal, un alt psihiatru și neurolog german (1833 – 1890) a făcut apel la același termen cu scopul de a evidenţia constrângerea de ascundere a emoţiilor.

În același timp, în Franţa, Pierre Janet (1891) a propus termenul de psihastenie (suflet fără forţă) pentru a indica sindromul fundamental caracterizat de lipsa forţei psihice de a voi, o teamă de a acţiona, o frică iraţională și o angoasă faţă de lucruri și situaţii care de fapt nu prezintă niciun pericol.

Toţi acești termeni au fost traduși în Anglia prin „obsesie” (obsession), cuvânt ce derivă de la verbul latin „obsido-obsedi-obsessum-obsedere”, adică ocupat, asediat, strâmtorat. Donath a propus înlocuirea acestui termen prin „anankast” dar nu a avut mult succes în Europa. Termenul de compulsivitate trebuie folosit pentru a indica orice comportament egodistonic, adică care nu este capabil de a reprima. Prima descriere a unui caz emblematic de compulsivitate se regăsește în faimoasa operă a lui Sprenger, unde se vorbește de un preot corect și fără nicio excentricitate, dar care, în momentul când trecea prin faţa unei biserici scotea limba afară din gură.

În mod special, compulsivitatea implică o dependenţă psihică, deoarece prin dependenţă psihică înţelegem o situaţie psihopatologică caracterizată de nevoia, imp ˇcrioasă și de nestăpânit, de a asuma o substanţă sau de a adopta un comportament deprins, sau un anume ceremonial, cu scopul de a potoli o situaţie de insatisfacţie (Avenia, 2007, p. 48).

Compulsivitatea se instaurează în mod treptat, gradual în funcţie de anumite stări și situaţii, legate de experienţe de privaţiune și de anxietate anticipatorie. Astfel individul prezintă un comportament incontrolabil, este constrâns să acţioneze compulsiv, să repete acţiunea faţă de care a devenit dependent, pentru a putea restaura starea de satisfacţie interioară.

Elemente de diagnostic conform manualului de diagnostic DSM-IV-TR:

Elementele esenţiale ale tulburării obsesiv-compulsive sunt obsesiile sau compulsiile recurente (criteriul A) care sunt suficient de severe pentru a fi consumatoare de timp sau cauzează o detresă marcată sau

o deteriorare semnificativă (criteriul C). Perturbarea nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe (abuz de drog, medicament) sau ale unei condiţii medicale generale (criteriul E).

Obsesiile sunt idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente care sunt experimentate ca intrusive și inadecvate, și care cauzează o anxietate sau detresă marcante. Calitatea intrusivă și inadecvată a obsesiilor a fost denumită ca „egodistonică” Aceasta se referă la convingerea individului că conţinutul obsesiilor îi este străin, nu se află sub controlul propriu și nu este tipul de gânduri pe care ar fi dorit să le aibă. Individul este capabil să recunoască faptul că obsesiile sunt produsul propriei sale minţi și nu îi sunt impuse din afară (ca în inserţia de gânduri).

Printre cele mai frecvente obsesii se numără: gânduri repetate în legătură cu contaminarea (a se contamina prin strângerea mâinilor altor persoane), dubitaţiile repetate (a se întreba dacă a făcut un act oarecare, ex., dacă a lăsat ușa deschisă), necesitatea de a pune lucrurile într-o anumită ordine (detresă intensă când obiectele sunt în dezordine sau puse asimetric), impulsuri agresive sau oribile (ex., de a striga o obscenitate în biserică) și imagerie sexuală (o imagine pornografică recurentă). Gândurile, impulsurile, imaginile nu sunt simple temeri excesive în legătură cu probleme reale de viaţă și este puţin probabil că se referă la o problemă reală de viaţă. Individul cu obsesii încearcă de regulă să ignore sau să suprime astfel de gânduri sau impulsuri, ori să le neutralizeze cu un alt gând sau cu o acţiune (adică [u o compulsie).

Din punct de vedere clinic, există două tipuri de bază ale comportamentului sexual compulsiv: parafilic și non-parafilic. Comportamentul sexual compulsiv parafilic implică comportamente sexuale care nu sunt doar impulsive sau compulsive (repetitive) ci sunt și neconvenţionale sau, din punct de vedere social, deviante (American Psychiatric Associaţion, 2000). În contrast,

comportamentul sexual compulsiv non-parafilic implică comportamente convenţionale și normative, dar care sunt excesive și cu consecinţe negative.

Cercetările au subliniat faptul că, comportamentul sexual compulsiv este însoţit de rate mari ale comorbidităţii (anxietate, depresie, abuz de substanţe – Kafka și Prentky, 1994). Pentru unii autori dependenţa de sex face parte din cadrul general al tulburărilor obsesiv-compulsive, pe când pentru alţii este asimilată de tulburările de control a impulsurilor.

În 2003, în California ˇs-a desfășurat un studiu pilot ce aducea în discuţie problematica comportamentului sexual non-parafilic (NPSAS), de fapt a adicţiei sexuale, în acest caz, o variantă a tulburării obsesiv-compulsive (OCD).

Era un prim studiu care făcea o comparaţie între NPSAS ŞI OCD pentru a clarifica dacă NPSAS este o variantă a OCD sau aparţine acestui spectru de tulburări. Autorii, Stefanie A. Schwartz și Jahathan S. Abramowitz de la Clinica Mayo din California, au studiat în mod individual adicţia sexuală non-parafilică pe de o parte și comportamentul obsesiv-compulsiv, pe de altă parte. Adicţia sexuală non-parafilică (NPSAS) este caracterizată de gânduri și comportamente sexuale repetitive. Această adicţie a fost propusă de la început ca aparţinând spectrului tulburărilor obsesiv-compulsive. Indivizii cu NPSAS au relatat niveluri ridicate de excitate sexuală asociate cu gânduri și totodată un grad ridicat al plăcerii sexuale datorate comportamentului compulsiv. Pentru a fi un comportament obsesiv-compulsiv (Obsessive Compulsive Disorder) unii autori au afirmat că prezenţa gândurilor și a comportamentelor repetitive trebuie să fie criteriul de bază pentru includerea în acest spectru (Abramowitz J.S., Houts A.C., 2002, p. 372).

NPSAS se definește prin acte sexuale repetitive cu gânduri sau comportamente sexuale convenţionale, normative sau nedeviante, care pot cauza sau nu suferinţă (Godsmith T. Shapira N.A., Phillips K.A., M℃ˇElroy S.L.,

1998, p. 399). Câteva exemple pot fi: folosirea pornografiei de pe Internet și masturbarea frecventă în detrimentul relaţiilor de familie.

Observaţiile clinice au sugerat că indivizii cu NPSAS experimentează gânduri sexuale repetitive, având un rol erotic dar care nu generează suferinţă. în contrast, pacienţii cu OCD (obsessive-compulsive disorder) au comportamente repetitive și niveluri mari de silă și iraţionalitate (Schwartz S.A., Abramowitz J.S., 2003, p. 373).

Să fie înţeles: există pacienţi cu OCD dar care să nu prezinte adicţie sexuală. Ipoteza autorilor susţinea că gândurile sexuale repetitive declarate de pacienţii cu OCD sunt asociate cu multă suferinţă și nivel scăzut de excitaţie sexuală, contrar în cazul NPSA a. însă în ambele cazuri există o dorinţă sexuală de a repeta comportamentul. Pentru acest studiu ˟s-au folosit mai multe scale, printre care Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) validată de Goodman (Goodman, 1989, p. 1016).

Totuși, pacienţii cu OCD din studiu prezentau o frică mare și tendinţă de evitare în legătură cu gândurile despre sexualitate diferit de pacienţii NPSAS, care au raportat niveluri ridicate de excitaţie sexuală asociate cu gândurile și totodată un mare grad de plăcere sexuală. De asemenea, pacienţii cu OCD au înregistrat un nivel ridicat de depresie pe scala de depresie Beck.

În ciuda faptului că dimensiunea studiului a fost redusă, doar 12 participanţi, autorii au conchis că ambele tipuri de pacienţi au gânduri și comportamente repetitive și că prin urmare NPSAS rămâne o variantă a OCD, însă una specială.

Goodman (1998) este printre primii care a subliniat modul în care comportamentele sexuale se instalează cu scopul apărării de anxietatea și suferinţa interioară. Un alt autor care a corelat dependenţa de sex cu tulburarea obsesiv-compulsivă este Coleman (1992), care definește comportamentul compulsiv nu prin plăcerea ce rezultă în urma acţiunii, ci prin accentul pus pe reducerea anxietăţii

(Avenia, 2007, p. 49). Pe același traseu se mișcă și Eaˇrˇle și Crow (1998) care și-au focalizat atenţia pe automaticitatea mecanismului obsesiv-compulsiv.

De o altă părere, opusă celor amintiţi, sunt Barth și Kinder (2001) care susţin că dependenţa sexuală trebuie numită impulsivitate sexuală, atunci când satisface criteriile de diagnostic ale tulburării de control al impulsurilor. Nu numai Barth și Kinder, dar și alţi autori au aderat la conceptul de „impulsivitate sexuală”, printre care îi amintim pe Hollander și Anthony (1993) și Black (1998), citaţi de Lambiase (2001) în *la dipendenza sexuale.*

În ciuda faptului că în cadrul dependenţei de sex sunt prezente gânduri și impulsuri care se prezintă a fi obsesive și comportamente compulsive nu înseamnă că acestea aparţin categoriei de tulburări obsesiv-compulsive. Oricum, discuţia rămâne deschisă. Diferenţa constă în egodistonicitatea obsesiilor și a comportamentelor compulsive, care în schimb sunt amândouă egosintonice (cu alte cuvinte plăcute) în dependenţa de sex. însă, în DSM-IV comportamentele compulsive sunt caracterizate ca fiind comportamente repetitive care au scopul de a reduce anxietatea, cu alte cuvinte, egodistonice, și nu egosintonice, care să producă plăcere și gratificare. în schimb, în cazul dependenţei de sex are loc o căutare continuă a situaţiilor cu caracter sexual care sunt capabile de a stimula dorinţa sexuală.

În esenţă, tulburarea obsesiv-compulsivă se prezintă ca o agresiune mentală de care subiectul se apără prin punerea în act a ritualurilor. O situaţie complet diferită de dependenţa de sex, unde instinctul sexual se impune cu o intensitate și o frecvenţă ridicată și are capacitatea de a rezista la propria satisfacere. Astfel, incapacitatea de a rezista impulsului retrimite la tulburarea de control a impulsului. Goodman neagă că programarea satisfacerii și timpul necesar pentru punerea în act pot diminua calitatea impulsivă a comportamentului (Avenia, 2007, p. 30).

În concluzie, putem afirma că dependenţa de sex se distinge de un apetit sexual sănătos chiar dacă pacientul

este în imposibilitatea de a-și controla impulsul sexual.

Diverse aspecte ale adicţiei sexuale (fizice, psihice, emoţionale, sociale)

Aspecte fizice

Dependenţa de sex aduce cu sine o varietate de efecte fizice asupra dependentului. în primul rând se poate vorbi de o epuizare fizică. Gândiţi-vă la persoanele care îşi petrec întreaga noapte în faţa calculatorului masturbându-se sau care frecventează baruri de striptease, iar a doua zi nu mai au energia necesară pentru a merge la muncă. Mulţi dintre dependenţii de sex au povestit că manifestându-și zile de-a rândul aceste comportamente au fost nevoiţi să nu se mai ridice din pat alte câteva zile (Eric Griffin-Shelley, p. 56). O altă consecinţă fizică serioasă este posibilitatea de a se expune la boli cu transmitere sexuală (boli venerice – gonoree, sifilis, infecţii – herpes, HIV) rezultate în urma actelor sexuale. Unora le este rușine să recunoască bolile pe care le-au contactat și să se trateze şi-şi continuă relaţiile sexuale transmiţând și altor persoane aceste boli.

Un alt tip de afecţiune fizică este identificată la persoanele care-și provoacă răni în diverse moduri. Utilizând anumite „sex toys” îşi provocă răni ce necesită, realmente, intervenţii chirurgicale.

Aspecte psihologice/psihopatologice

Avem suficiente studii pentru a putea susţine cu certitudine existenta unor comorbidităţi în cazul dependenţilor de sex. Discuţia rămâne deschisă cu privire la instalarea tulburării sexuale și aici avem trei situaţii și anume: a fost instalată prima dată tulburarea sexuală iar apoi, ca un rezultat, de pildă depresia, a fost întâi anxietatea și ulterior ˟s-a instalat dependenţa de sex sau ambele tulburări ˟s-au instalat concomitent și nici pacientul, nici psihoterapeutul nu pot să le diferenţieze.

Într-un studiu cu 222 de participanţi, publicat în 2016, concentrându-se pe simptomele psihologice ˟s-a realizat următorul profil: doar 22,8% din eșantion nu prezentau nicio psihopatologie comorbidă, 14,9%

prezentau emoţii negative disfuncţionale, 38,1% prezentau depresie ușoară și probleme legate de substanţe, 18,8% prezentau depresie clinică și anxietate și 5,6% prezentau psihopatologie severă (De Guzman et al, 2016).

Mai mult decât rănile fizice, dependenţii de sex prezintă importante și multiple suferinţe de natură psihică care afectează personalitatea individului. Intruziunea de gânduri și fantezii îl fac pe subiect să nu se mai poată concentra la muncă sau în timpul unei conversaţii obișnuite. Minciuna, negarea, minimalizarea, ideile iraţionale, proiecţia, acuzarea altor persoane, furia, sunt forme ale gândirii specifice acestor categorii de persoane. Deseori devin paranoici. Patternurile de gândire sunt distorsionate și dependenţii au o lume proprie diferită de realitate: se victimizează ori se simt altcineva decât sunt. Cred că prin frecventarea barurilor de noapte vor înfrânge durerea, dar de fapt ei vor crea mai multă durere și astfel se creează cercul vicios durere-rușine-vină (Eric Griffin-Shelley, p. 57).

Alte probleme de gândire pe care dependenţii de sex le prezintă sunt pesimismul și lipsa speranţei, cauzate în mare parte de eșecuri în stoparea comportamentului. Pe parcursul tratamentului li se cere să fie optimiști, în timp ce realitatea arată că luni de-a rândul ei nu au înregistrat niciun progres. Recăderile sunt similare celor din celelalte tipuri de dependenţă. După lupte puternice zi și noapte cu impulsul de a repeta comportamentul, când cred că l-au depășit, apare o altă tentaţie care îi face să nu mai aibă nicio speranţă.

Dependenţa de sex prin implicaţiile la nivel psihic poate provoca un dezechilibru al Eului. Dezechilibrul Eului sau tulburările stării de bine psihic au efecte și asupra somatizării, la îmbolnăviri ale corpului ca reacţii (forme de răspuns) la neacceptarea, nerezolvarea problemelor reale de identitate, surmenaj, decompensarea psihicului. Se creează repetate stări de disconfort și de frustrare permanentă.

Aspecte emoţionale

Dependenţii au o stimă de sine scăzută, se simt singuri, lipsiţi de iubire și nesinceri cu ei înșiși. Se simt deprimaţi și astfel devin fără sentimente, neîngrijiţi sau amorţiţi. Lipsa unei vieţi reale din punct de vedere emoţional îi face să nu se mai orienteze / nici către ei înșiși și nici către cei din jur, ci întreaga atenţie este acordată adicţiei și mijloacelor de procurare a plăcerii. încep să-și urască propria persoană pentru lipsa de control și pentru lipsa de sentiment și devin iritabili când cineva dorește să-i ajute.

Datorită adicţiei dezvoltarea emoţională este blocată, de aceea mulţi dintre dependenţi sunt imaturi emoţional și nesatisfăcuţi comportatându-se precum niște copii (Eric Griffin-Shelley, p. 59).

Iritabilitate, depresie, vulnerabilitate, instabilitate emoţională, pasivitate, lipsa speranţei și chiar gânduri suicidale sunt caracteristice dependenţilor de sex. Când ajung depresivi ori au gânduri suicidale este necesară spitalizarea și intervenţia psihologică alături de medicamentaţie.

Aspecte sociale

Latura socială a vieţii dependentului de sex este profund afectată. Familia, prietenii, munca, relaţiile sociale și toate celelalte mijloace de interrelaţionare umană sunt afectate. în mod evident familia (soţia sau copiii) are de suferit cel mai mult. Dependenţii de sex neglijează familia sau se detașează, iar în cele mai triste situaţii ei provoacă răni familiei prin abuzuri de natură fizică, emoţională sau sexuală. Astfel, familia se poate ușor destrăma. Persoana în cauză creează disfuncţii familiale, prin distorsionarea atenţiei, afecţiunii sau a resurselor financiare pe care le oferă partenerului cu care își manifestă adicţia sexuală. Se pierde încrederea reciprocă, intimitatea, comunicarea și armonia. Există în schimb o doză de insecuritate. Căsniciile pot fi distruse, soţia având multe de suferit. La rândul lor, copiii care cresc în aceste condiţii au un viitor fără prea mult confort. Ei cresc fiind în imposibilitatea de a

crea relaţii bune cu alţii, sunt izolaţi, suspicioși, pesimiști, fără niciun model pozitiv și cu rezultate școlare scăzute. Unii chiar ajung să încalce normele de conduită civică sau să comită acte de delincventă. Pentru că mulţi dintre dependenţii de sex se consideră victime, ei nu mai pot observa că și cei din jurul lor sunt victime.

Relaţiile cu prietenii și colegii de muncă sunt afectate din cauza tulburării. îşi pierd prietenii și locurile de muncă deoarece nu mai au performanţă; preocupările lor sunt de cu totul altă natură. în timp ce unii se izolează, o altă categorie a dependenţilor de sex pot fi cei care, dimpotrivă, au un cerc de prieteni mult mai mare. Sunt deschiși, pentru că socializând pot avea noi oportunităţi de a identifica „noi aventuri” Din punct de vedere economic ei se află într-un impas, deoarece risipesc o groază de bani pentru materiale pornografice sau pentru prostituţie.

Dependenţa de pornografie

Este o nouă formă de adicţie sau nu? în primul rând, ca o manifestare clinică să fie considerată o formă de adicţie trebuie să respecte criteriile adicţiei, așa cum se întâmplă în cazul dependenţelor de substanţe, ceea ce înseamnă că dependenţa de pornografie ar trebui să producă (și produce) modificări chimice în creier, modificări anatomice și patologice care duc la manifestarea diferitelor disfuncţii cerebrale numite colectiv sindrom hipofrontal, adică cele legate de impulsivitate, compulsivitate, labilitate emoţională, raţionalizare defectuoasă (Hilton și Watts, 2011).

Pornografia se consumă foarte mult, peste tot în lume, iar industria pornografică produce venituri de milioane și milioane de dolari. Industria porno generează în S.U.A. 13 miliarde de dolari în fiecare an, iar industria porno pe Internet este o afacere de 3 miliarde de dolari pe an.

Până în 2017, un sfert de miliard de persoane aveau acces la conţinuturile pentru adulţi de pe telefoanele lor mobile, cu o creștere de peste 30% începând din 2013. Videochat-ul pentru adulţi avea o rată de creștere anuală

de 25% (Covenanteyes, 2018). Același site de statistică a Internetului care calcula accesările în timp real reda informaţiile următoare: 24% dintre proprietarii de smartphone recunosc că au materiale pornografice pe telefonul mobil, 1 din 5 căutări pe telefonul mobil este pentru pornografie, 9 din 10 utilizatori de pornografie pe Internet accesează numai materiale gratuite, indiferent dacă sunt eșantioane de materiale plătite, versiuni copiate ilegal ale materialelor cu plată sau materiale de amator.

79% dintre artiștii porno au folosit marijuana, iar 50% au folosit ecstasy, 88% din scenele din filmele porno conţin acte de agresiune fizică, iar 49% din scene conţin agresiune verbală, 32% dintre siteurile pentru adulţi și 58% din site-urile gratuite pentru adulţi provin din afara S.U.A. (Covenanteyes, 2018).

Există diferenţe între consumatorii de pornografie, în primul rând în funcţie de vârstă. Nu de puţine ori mi-a fost dat să întâlnesc elevi de școală primară uitându-se la imagini sau filme cu conţinut pornografic, în școală. Dacă ne referim la adolescenţi, la tinerii de liceu, aici cifrele sunt mult mai mari. Unele cercetări redau un procent de 87% dintre tinerii de liceu care se uită la materiale cu conţinut pornografic și pornografice și 31% dintre eleve: 50% cu o frecvenţă săptămânală și 20% cu o frecvenţă zilnică (Carroll et al, 2008). Alte site-uri precum cel amintit mai sus, cu referire la americani, redau cifre foarte mari și anume 9 din 10 băieţi sunt expuși pornografiei înainte de vârsta de 18 ani, 6 din 10 fete sunt expuse pornografiei înainte de vârsta de 18 ani, prima expunere la pornografie în rândul băieţilor este în medie la vârsta de 12 ani. 71% dintre adolescenţi ascund comportamentul online de părinţi. 28% dintre persoanele în vârstă de 16 – 17 ani au fost expuse neintenţionat la porno online, 20% dintre persoanele în vârstă de 16 ani și 30% dintre persoanele în vârstă de 17 ani au primit un sms cu conţinut sexual.

Consumul de pornografie are efect asupra comportamentului sexual la adolescenţi, ceea ce a fost de asemenea demonstrat (Collins et al, 2004). 15% dintre

băieţi și 9% dintre fete au văzut pornografie infantilă, 83% dintre băieţi și 57% dintre fete au văzut sex online în grup, 69% dintre băieţi și 55% dintre fete au văzut contact sexual între persoane de același sex online (Covenanteyes, 2018).

Colegiul American al Pediatrilor a făcut o statistică ţu privire la utilizatorii de pornografie. Astfel, în rândul bărbaţilor în vârstă de 18 – 30 de ani, 79% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 63% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. în rândul bărbaţilor cu vârsta cuprinsă între 31 și 49 de ani, 67% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 38% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. Pentru femei cifrele sunt mai scăzute. Astfel, 34% dintre femeile cu vârste între 18 și 30 de ani au văzut pornografie o dată pe lună, iar 19% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână. Dintre cele cu vârste cuprinse între 31 și 49 de ani, 16% au văzut pornografie o dată pe lună, iar 8% au văzut pornografie mai mult decât o dată pe săptămână (Pomsurvey, 2014).

Conform altor studii, aproximativ 55 – 70% dintre bărbaţi și 30 – 40% dintre femeile sub 40 de ani au raportat că au vizionat pornografie într-un anumit an. Generaţiile mai tinere de americani – în special cei care au accesat Internetul în timpul adolescenţei – au arătat cea mai mare creștere a utilizării pornografiei în ultimele decenii (Price et al, 2016)

Există și câteva riscuri ale pornografiei

Spre exemplu, Bourke și Hernandez au demonstrat o corelaţie puternică (80%) între vizionarea pornografiei infantile și participarea în relaţiile sexuale reale cu copiii (Bourke și Hernandez, 2009) și, mai grav, ˟s-a demonstrat că pornografia induce atitudini violente împotriva femeilor (Hald, Malamuth, Yuen, 2010).

Un studiu reprezentativ din Suedia, având ca subiecţi băieţi adolescenţi, a demonstrat că băieţii cu consum zilnic de pornografie au arătat un interes mai crescut în tipurile de pornografie deviantă și ilegală și, totodată, au raportat

dorinţa de a pune în practică ceea ce au văzut (Svedin et al, 2011).

Celebrul studiu de la Universitatea din Cambridge, condus de Voon, a demonstrat că subiecţii care foloseau în mod compulsiv pornografia au raportat că datorită utilizării excesive a materialelor explicite sexual, și-au pierdut locurile de muncă, și-au afectat relaţiile intime sau au influenţat negativ alte activităţi sociale, au prezentat libido diminuat, au utilizat escorte în mod excesiv, au avut ideaţie suicidară și au cheltuit sume mari de bani, de la 7.000 la 15.000 lire sterline (Voon et al, 2014). 10 dintre aceștia au beneficiat de consiliere psihologică. Răspunzând la o versiune adaptată a Scalei Experienţelor Sexuale din Arizona, comparativ cu voluntarii sănătoși, acești participanţi au avut mult mai multe dificultăţi în ceea ce privește excitaţia sexuală și au prezentat mai multe disfuncţii erectile în relaţiile sexuale intime, dar nu și la materiale sexuale explicite. De fapt, așa cum era de așteptat, cercetătorii de la Cambridge au descoperit că utilizatorii pornografiei compulsive reacţionează la indiciile pornografice în același fel în care dependenţii de droguri reacţionează la indicii ale drogurilor. (Voon et al, 2014).

Cea mai importantă constatare a fost că peste 50% dintre subiecţi (vârsta medie: 25 de ani) au avut dificultăţi în realizarea erecţiilor cu parteneri reali, dar ar putea realiza erecţii cu pornografia, ceea ce are într-un mod considerabil efect asupra dinamicii relaţiei de cuplu.

Pornografia are efecte dăunătoare și chiar distrugătoare asupra căsătoriei, iar utilizarea sa sporită prezintă preocupări sociale semnificative. Academia Americană de Avocaţi Matrimoniali a raportat că 68% din toate divorţurile au implicat o parte care a avut un interes obsesiv în site-urile pornografice (Manning, 2015).

Soţii au raportat că îşi iubesc mai puţin soţiile după perioade lungi de căutări (și dorinţe, fantezii) ale femeilor descrise în pornografie. Dr. Samuel Perry, de la Universitatea din Oklahoma, a raportat că frecvenţa

vizionării pornografiei a fost cel de-al doilea predictor puternic al slabei calităţi maritale în anii următori (Perry, 2017).

Modificări la nivel neurocerebral

Dacă analizăm și mai în profunzime și anume plasticitatea creierului cu referire la învăţare, care produce modificări în creier la nivel microscopic, putem spune, bazându-ne pe cercetări, că pornografia este un laborator perfect pentru acest nou tip de învăţare, combinată cu un stimulent puternic al plăcerii. Cu alte cuvinte, căutarea printr-un click, căutarea focalizată a unui subiect de masturbare perfect reprezintă un exerciţiu în învăţarea neuroplastică (Hilton și Watts, 2011).

În 2014, în Germania, la Institutul Max Planck, a fost realizat un prim studiu de scanare a creierului a utilizatorilor de pornografie (62 de participant). Precizez că aceștia nu erau dependenţi de pornografie, ci doar utilizatori moderaţi. Cercetătorii au descoperit mai multe modificări ale creierului, iar aceste schimbări au fost corelate cu cantitatea de pornografie consumată. Astfel, experţii au descoperit că: mai multe ore pe săptămână pe o perioadă de mai mulţi ani de vizionare pornografică sunt corelate cu o reducere a materiei cenușii în secţiunile circuitului de recompensare (striatum) implicat în motivaţie și luarea deciziilor. Materia cenușie redusă din această regiune aferentă recompensei înseamnă mai puţine conexiuni nervoase. Mai puţine conexiuni nervoase se traduc într-o activitate lentă de recompensă sau într-un răspuns la plăcere, deseori numit desensibilizare. Cercetătorii au interpretat acest lucru ca dovadă a efectelor expunerii pornografice pe termen lung (Kühn și Gallinat, 2014).

O a doua descoperire a fost faptul că legăturile nervoase dintre circuitul de recompensă și cortexul prefrontal ˟s-au înrăutăţit odată cu creșterea vizionării materialului pornografic. După cum au explicat cercetătorii, „Disfuncţia acestor circuite a fost legată de alegeri comportamentale inadecvate, cum ar fi căutarea de

droguri, indiferent de potenţialul negativ" Pe scurt, aceasta este o dovadă a asocierii între utilizarea pornografiei și controlul impulsurilor. Acest lucru este un indicator al hipofrontalităţii.

În final, a treia descoperire se referă la mecanismul desensibilizării. Astfel, cu cât se folosește mai multă pornografie, cu atât se activează mai puţin sistemul de recompensă atunci când imaginile sexuale apar pe ecran. O posibilă explicaţie este că utilizatorii severi au nevoie în cele din urmă de mai multă stimulare pentru a declanșa circuitul lor de recompensă. Cercetătorii au susţint că „acest lucru este în concordanţă cu ipoteza că expunerea intensă la stimulii pornografici are ca rezultat o down-reglare a răspunsului neural natural la stimulii sexuali" (Kühn și Gallinat, 2014).

Cybersex într-o cercetare de evaluare a prevalenţei fenomenului printre studenţi, ˇs-a constatat că 10,3% dintre aceștia au înregistrat un scor pentru dependenţa de cybersex în intervalul clinic. ˇS-au constatat diferenţe semnificative între sexe în grupurile clinice și non-clinice, deoarece bărbaţii au avut mai multe șanse de a obţine scoruri în intervalul clinic pentru dependenţa de cybersex (Giordano și Cashwell, 2017). Plecând de la afirmaţia că nu toţi cei care vizionează site-uri pornografice sunt dependenţi de pornografie, există totuși 4 *tipuri de cybersex:*

Utilizatorii neproblematici, în scop recreaţional, care navighează pornografia pe Internet în mod ocazional, din curiozitate, având o atitudine sănătoasă față de sexualitate;

a) *Utilizatorii* tot în scop recreaţional, tot fără probleme, dar *care folosesc* acest material într-o manieră necorespunzătoare și anume *sexting* (trimit pe telefon mesaje și fotografii cu conţinut sexual explicit) sau arătând imagini sexuale altor persoane pentru distracţie, pentru a șoca sau pentru a le înjosi.

În mod clar, ei nu păstrează secretul activităţii lor dar, altfel, pot avea o atitudine sănătoasă faţă de

sexualitate și relaţii;

Utilizatorii problematici

Și aici există 2 subtipuri. Un grup reprezentat de persoanele care iniţial nu au avut probleme în comportamentul online sau comportament sexual în general, ei folosind Internetul ca o modalitate de a explora sexualitatea într-un mod în care viaţa normală nu le-a oferit. Dar, treptat, încep să viziteze în mod obligatoriu site-uri pentru adulţi în speranţa de a-și găsi un partener, evitând în același timp oportunităţi reale de viaţă pentru a întâlni oameni; sau persoane care folosesc Internetul în încercarea de a întâlni un partener minor pentru sex, chiar dacă în trecut nu a făcut acest lucru în viaţa reală;

Utilizatorii pe termen lung – compulsivi, tot problematici.

Persoanele din acest grup prezintă probleme sexuale în permanenţă. Tulburările sexuale există în viaţa reală, Internetul nu face altceva decât să adauge pur și simplu o altă cale pentru a explora materiale inadecvate din punct de vedere sexual. Ei utilizează pornografia ca parte a unui model continuu de comportament sexual excesiv (Carnes et al, 2001).

Efectele pornografiei asupra copiilor în 2016, Institutul Australian de Studii Familiale (AIFS) a fost desemnat de Departamentul de Servicii Sociale al Australiei pentru a analiza ce ne arată datele cercetărilor disponibile despre această problemă. Cele mai importante rezultate sintetizate de Quadara și colegii sunt următoarele:

Aproape jumătate dintre copiii cu vârste cuprinse între 9 și 16 ani sunt expuși în mod permanent la imagini sexuale;

a) băieţii sunt mai predispuși decât fetiţele să caute în mod deliberat pornografie și să facă acest lucru frecvent;

b) Utilizarea pornografiei poate duce la formarea practicilor sexuale și este asociată cu practici de sănătate sexuală nesigure, cum ar fi neutilizarea prezervativelor și sexul anal și vaginal, cu riscuri de infecţii, traumatisme

et[.

c) Pornografia poate întări atitudinile care susţin violenţa sexuală și violenţa împotriva femeilor;

d) Cea mai bună abordare a părinţilor, îngrijitorilor și profesorilor care răspund de evitarea expunerii copiilor la pornografie este aceea de a încuraja comunicarea deschisă, discuţia și gândirea critică din partea copiilor, pentru a fi educaţi despre Internet și social-media;

Părinţii și profesorii sunt mai puţin susceptibili să fie intimidaţi de riscurile online, dacă sunt informaţi și au un rol activ în activitatea digitală a copiilor lor.

Contextul social al pornografiei

Orice discuţie privind pornografia și efectele sale asupra copiilor și tinerilor trebuie să recunoască faptul că pornografia și consumul acesteia sunt încorporate într-un *context socio-cultural* mai larg. Acesta include:

Tehnologii online, platforme și practici în general, și mai exact modul în care copiii și tinerii interacţionează cu mediul online. A fi online și conectat este o parte fundamentală a vieţii și relaţiilor de zi cu zi a copiilor și tinerilor

a) există o gamă largă de riscuri online cu care se confruntă copiii și tinerii, de exemplu dinamica și prevalenta cyberbullying-ului, sexting-ul, relaţiile de exploatare și conexiunile online.

Expunerea la pornografie

în Australia, aproape jumătate (44%) dintre copiii cu vârste cuprinse între 9 și 16 ani au văzut imagini sexuale în ultima lună. Dintre aceștia, 16% au văzut imagini cu cineva care a făcut sex și 17% imagini cu organele genitale ale cuiva;

Copiii mai mici (cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani) au un risc crescut de a fi distrași sau supuși pornografiei;

Părinţii tind să supraestimeze expunerea la pornografie pentru copiii mai mici și să subestimeze gradul de expunere pentru copiii mai mari;

Atitudinile și răspunsurile la expunere diferă de asemenea de sex, femeile având mai multe opinii și

răspunsuri negative – cum ar fi șocul sau suferința – în comparaţie cu bărbaţii, în special în cazul adolescenţilor mai în vârstă, care au mai multe șanse de a experimenta pornografia ca fiind amuzantă, excitantă sau interesantă.

Efectele expunerii la pornografie în absenţa unor informaţii avizate pe care să le primească, pornografia devine principala sursă a educaţiei sexuale pentru un tânăr. Acest adevăr a fost constatat și de cercetătorii români. Utilizarea pornografiei de către adolescenţi este asociată cu atitudini sexuale mai permisive (de exemplu, sex premarital, sex ocazional). Există dovezi că expunerea la pornografie poate crește probabilitatea unei experienţe sexuale iniţiale, în special pentru adolescenţii care consumă mai frecvent pornografie.

Pornografia poate influenţa așteptările unei persoane tinere de la sex; de exemplu, ceea ce tinerii se așteaptă ca partenerii lor să facă și viceversa. Pornografia poate forma practici sexuale, studiile constatând că tinerii pot încerca să efectueze acte sexuale comune întâlnite în pornografia heterodominantă, cum ar fi:

— Contacte anale;
— Ejacularea facială;
— Sex cu parteneri multipli;
— Felaţie adâncă.

Diferenţele între așteptări și realitate pot duce la „incertitudine sexuală” în ceea ce privește convingerile și valorile sexuale și pot fi, de asemenea, legate de nemulţumirea, anxietatea și fobia sexuală. Conţinutul pornografiei poate întări standardele duble ale sexualităţii dominante masculine și ale pasivităţii în cazul femeilor. Astfel, consumatorii de pornografie, atât bărbaţi, cât și femei, au niveluri crescute de autoobiectivizare și supraveghere corporală.

Consumul de pornografie în adolescenţă este asociat cu convingeri mai puternice în ceea ce privește stereotipurile de gen, în special pentru băieţi. Adolescenţii care văd frecvent pornografie sunt mai predispuși să vadă femeile ca pe obiecte sexuale și să aibă atitudini sexiste.

Totodată, pornografia poate întări atitudinile care susţin violenţa sexuală și violenţa împotriva femeilor. Există dovezi ale unei asocieri între consumarea de pornografie și hărţuirea sexuală a băieţilor. Adolescenţii care au / / *f* consumat pornografie violentă au un risc de șase ori mai mare de a fi agresivi sexual, în comparaţie cu cei care au văzut pornografie non-violentă sau niciun fel de pornografie.

Preocuparea sexuală, consumul compulsiv și dependenţa pot fi asociate cu frecvenţa vizualizării pornografiei și, de asemenea, cu scopurile utilizării pornografiei (de exemplu, ca o modalitate de a elibera stările negative). în timp ce unele dintre efectele vizionării pornografiei, atitudinile și credinţele despre sex, cunoștinţele despre practica sexuală și practicile sexuale în sine nu pot fi problematice, pornografia cea mai dominantă și accesibilă conţine mesaje și comportamente profund problematice despre sex, putere și plăcere. în special agresiunea fizică (hărţuirea, sufocarea, gagging-ul, trasul de păr și agresiunea verbală sunt predominant făcute de bărbaţi partenerilor de sex feminin.

Ce măsuri luăm?

Au fost identificate trei tipuri principale de intervenţie:

Legislative, de reglementare a legislaţiei existente privind pornografia online și comportamentul online, cum ar fi sexting-ul și partajarea imaginilor explicite;

educaţie sexuală pentru copii și tineri;

educarea educatorilor – părinţi și profesori – și abilitarea acestora cu resurse de sprijinire a unor relaţii sigure și respectuoase pentru copii și tineri, atât online cât și în viaţa reală.

Dacă ne referim la ultima categorie, există, de bună seamă, câteva recomandări practice pentru părinţi și profesori:

Comunicare deschisă

Atitudinea cea mai des întâlnită a părinţilor copiilor de astăzi este aceea de a amâna discuţia, argumentând că

sunt prea mici și nu trebuie să știe prea mult. De fapt, părinţii cred și se tem că dacă vor cunoaşte aspecte care au legătură cu sexualitatea și pornografia, copiii vor fi tentaţi să le pună în practică. Ceea ce este greșit. Dimpotrivă, copiii, din lipsă de cunoaştere practică acţiuni cu risc sexual. Pe de altă parte, părinţii de astăzi au fost și ei, cândva, la rândul lor copii și, din păcate, epoca comunistă nu a avut parte de o educaţie sexuală.

Deci, părinţii și profesorii sunt încurajaţi în primul rând să iniţieze conversaţii deschise despre experienţele online ale copilului/elevului lor, să cunoască ce fac copii, cu cine comunică, pe ce siteuri navighează. De asemenea, școlile pot juca un rol important în asistarea copiilor și a tinerilor pentru a nu se expune la pornografie. în primul rând, interzicerea accesării din mediul școlar și universitar a site-urilor porno.

Gândire critică

Tinerii ar trebui să fie încurajaţi să pună la îndoială pornografia, întrebându-se: „Dacă văd pornografia ar putea părea normal, dar ce mesaje ne transmite pornografia, cine face, de ce face și ce înseamnă toate acestea pentru tine?” Deci, gândirea critică ajută tinerii (care nu sunt doar niște privitori pasivi) să reflecteze asupra mesajelor conţinute în pornografia online. Cu alte cuvinte, înzestrarea copiilor și a tinerilor cu capacităţi pentru a se implica critic în navigarea pe Internet este importantă pentru a înţelege diferenţele dintre pornografia online și relaţiile sexuale offline.

Alfabetizare digitală și control

Părinţii și profesorii sunt încurajaţi să se informeze despre Internet și despre mediile sociale, pentru a conștientiza oportunităţile și pericolele actuale de pe Internet cu care se confruntă copiii.

Controlul parental este esenţial pentru strategiile de reducere a riscurilor. Copiii trebuie să înveţe strategii cu privire la modul de abordare a materialului ofensator. Fiţi vigilenţi, deoarece copilul este predispus la riscuri, este vulnerabil din punct de vedere emoţional sau psihic.

Sprijinirea și încurajarea dialogului

Sprijinirea copiilor și tineriilor care au fost expuși pornografiei online este extrem de importantă pentru capacitatea lor de a-și procesa experienţa într-un mod sănătos.

Copiii trebuie să fie încurajaţi și să aibă încredere să vorbească dacă au văzut online ceva care i-a deranjat. Trebuie să știe că dacă vorbesc despre ceea ce au văzut nu vor fi pedepsiţi sau nu li se va interzice accesul la Internet. Ei trebuie să fie educaţi astfel încât, dacă li se trimite online ceva inadecvat, să știe cum să reacţioneze (Armstrong, 2017).

Capitolul 3

INTERVENŢII TERAPEUTICE

Și totuși, ce este de făcut? Pentru a înţelege un individ în totalitatea sa și pentru a nu-l considera cu o anumită îngustime a gândirii, este necesar și util să se elaboreze un tratament eficient și un prognostic corect. Pacientul care se prezintă la terapeut pentru a solicita ajutor este mânat de o neplăcere, de o inconvenienţă, dar și de o nevoie pe care nu o poate identifica. încă de la primele întâlniri terapeutul este obligat să pună un diagnostic care să reflecte realmente felul de a fi al acestuia. Am constatat din studiile precedente, amintite în primele capitole ale cărţii, că personalitatea celor care manifestă astfel de tulburări, dependenţii de sex, se prezintă într-un mod cu totul diferit. Relaţiile primare cu obiectul, dar și cele actuale au o greutate în înţelegerea constelaţiei simptomatice așa cum au și capacitatea de a examina realitatea, aspectele caracteriale și aspectele culturale (Annalisa Pistuddi, 2007).

Doar după ce terapeutul a înţeles foarte bine care este personalitatea pacientului, care sunt resursele pe care le poate utiliza, dar mai cu seamă care este motivaţia sa pentru a începe un tratament, doar atunci se poate trasa un proiect terapeutic. Partea de anamneză este deosebit de importantă și uneori câteva ședinţe sunt necesare

pentru a explora viaţa și istoria tulburării, istoricul personal, istoricul familial, eventualele bariere et[.

Observaţia psihodinamică a copilului oferă dovezi ale faptului că excitaţia sexuală își are originea în contextul de experienţe ce produc plăcere, în concordanţă cu mama și cu familia, culminând într-o plină centralitate a senzaţiilor genitale de-a lungul pubertăţii și adolescenţei (Pistuddi, 2007, p. 158).

Este o necesitate, chiar în faza de diagnostic, dacă nu cel puţin în procesul terapeutic de a pune în lumină foarte clară trăirile subiectului vis-à-vis de dinamica familială atât în ceea ce privește familia de origine, cât și în familia actuală. Există diferite tipuri de familii definite ca haotice, rigide, fiecare cu caracteristici ce pot fi cu adevărat patogene, așa cum specialiștii consideră că aceste familii pot concura la a genera anumite tulburări.

Unii părinţi sunt centraţi pe ceea ce copilul face și nu văd ceea ce copilul este, au alte așteptări și afirmă că vor tot mai mult de la el. Acești copii își pot interioriza convingerea că trebuie să atingă standardele impuse, că altfel nu sunt ceea ce ar trebui să fie, că rezultatele obţinute sunt inferioare faţă de așteptările altora și că au numeroase carenţe. Ei nu se simt deloc valorizaţi și nici demni de a fi iubiţi sau de a fi apreciaţi. Au tentaţia de a atinge imposibilul, văzut ca fiind potrivit propriei familii și culturi, tind să ignore propriile sentimente, propriile nevoi și impulsuri. Ei ajung la un punct în care nu-și mai pot stăpâni tensiunea, suferinţa și deprivarea și au un sentiment de rușine datorată eșecului, care îi duce la recăpătarea controlului propriilor comportamente punând în act agitaţii de natură sexuală, ce nu fac altceva decât să reîntărească acest mecanism negativ al eșecului care, totodată, reîntărește sentimentul de rușine (Fossum și Mason, 1987).

Conform teoriilor lui Carnes, cultura noastră postmodernă este înclinată spre dependenţă deoarece este orientată spre oportunitate și spre propria satisfacere, activând căutarea de evaziune mai mult decât de

semnificaţie, nefavorizând nicidecum viaţa familială. Așa se întâmplă că diferitele angajamente (obligaţii) ale soţilor îi fac să ofere prea puţin timp unul pentru celălalt și pentru copii și aceasta poate favoriza apariţia sentimentului de abandon. Convingerile centrale ale culturii noastre sunt axate pe o publicitate care consideră bărbatul ca și cum ar fi incapabil de a rezista la farmecul femeilor și datorită acestui fapt este în continuă căutare, deschis la orice propunere de natură sexuală și neputincios în faţa nevoilor sexuale. Calitatea pervazivă a acestor mesaje nu face altceva decât să ofere un impact asupra acelora care au deja structurată o personalitate dependentă și le influenţează modul în care se percep și modul în care îi percep pe alţii (Pistuddi, 2007, p. 160).

Pentru un dependent nu este un alt mod de a răspunde la stimuli decât prin confirmarea propriului fel de a fi. De fapt, trebuinţa de contact sexual este susţinută de un ambient cultural în care se regăsesc stimuli sexuali de diferite tipuri. Dependentul îşi justifică propria modalitate seductivă și propriile comportamente manipulatorii prin faptul că acestea oferă excitaţie dependenţei patologice. Uzul în exces al plăcerilor devine astfel o obișnuinţă de care nu se poate dezobișnui, plăcerile devin irezistibile. Pentru a complica trăirile, mai târziu intervine rușinea, rușinea datorată eșecului controlului, iar alinarea poate fi găsită doar printr-o unică modalitate cunoscută și anume comportamentul dependent. Factorii care contribuie la menţinerea comportamentului dependent sunt diferiţi și interactivi pentru că pot să instaureze un ciclu patologic. Contribuţia fiecărui factor variază în funcţie de tipul de persoană. Psihologul sau terapeutul nu trebuie să uite că fiecare caz ce ajunge să fie investigat reprezintă o singularitate care se distinge categoric de toate celelalte cazuri și nu este deloc favorabil a-l trata considerând parametrii amintiţi ca fiind inviolabili și definitivi.

În 1991, Patrick Carnes a demonstrat că există anumite similarităţi la persoanele dependente de sex în

ceea ce privește istoria personală: 97% dintre persoanele chestionate au fost abuzate emoţional pe când erau copii, 72% au fost abuzate fizic, iar 81% au fost supuse abuzurilor sexuale (Carnes, 1991, p. 129). Cei care au început să elaboreze noi tipuri de tratamente pentru dependenţii de sex sunt specialiștii americani. Ei au avut în vedere următoarea finalitate a terapiei și anume:

Dezvoltarea unei capacităţi sănătoase de comunicare cu sine și cu ceilalţi;

1) Crearea unor abilităţi adecvate de gestionare a evenimentelor problematice care în mod normal au loc în viaţa unei persoane.

La finalul terapiei, conform acestui model, se formulează un traseu de urmat pe termen mediu sau lung, stabilindu-se în prealabil anumite obiective clare.

În ceea ce privește obiectivele din prima etapă, demersul începe prin înţelegerea ambivalenţei referitor la comportamentul de dependenţă care trebuie considerat a fi un element comprehensibil și, prin urmare, trebuie să se elaboreze un model de lucru care să se axeze pe motivaţia persoanei în cauză. Motivaţia va fi analizată, iar persoana susţinută în așa fel încât responsabilitatea în luarea deciziilor să-i revină în totalitate pacientului.

Odată cu trecerea vremii dependenţii sexuali se închid și tind să se izoleze de restul lumii, rup legăturile cu prietenii, cu cunoștinţele și uneori chiar cu propria familie.

Unul dintre primii pași, conform modelului elaborat de Carnes (1989), este de a căuta ca persoana să experimenteze importanţa de a trăi alături de ceilalţi, importanţa relaţiilor interpersonale. Instrumentul de bază a fost recunoscut prin grupurile de suport care îi oferă pacientului posibilitatea de a simţi ce înseamnă sentimentul apartenenţei și faptul că trăind alături de ceilalţi aceștia se interesează de sănătatea lui și, mai mult decât atât, vor să-l ajute. Insuflarea sentimentului că nu este singur, că suferinţa sa nu rămâne la nivel individual ci, dimpotrivă, persoanele din jur îl înţeleg şi-şi oferă toată disponibilitatea de a-l ajuta.

Cel de-al doilea pas are ca scop restaurarea calmului care întrerupe crizele de la începutul tratamentului și ajutarea pacientului să experimenteze emoţiile ce au fost inhibate, să se abţină de la comportamente care i-au modificat dispoziţia într-un mod distructiv și să înveţe să solicite ajutor de la ceilalţi pentru a nu mai fi singur și izolat (Avenia, 2007, p. 161).

O muncă foarte dificilă, dusă la limita dintre sine și ceilalţi și solicitările acestora, îi poate ajuta să fie mai puţin rigizi cu ei înșiși și mult mai deschiși faţă de ceilalţi. Nevoia fundamentală care este neglijată de aceste persoane este tocmai aceea de a primi tratamentul deschis și liber, de a conștientiza că au forţa necesară de a se vindeca, că forţa este înăuntrul lor.

Munca ce se desfășoară asupra înţelegerii responsabilităţii și rușinii ajută pacientul să-și modifice pattern-urile despre minciună și secret, cu scopul de a avea mai puţine argumente în favoarea menţinerii secretelor. Situaţiile de criză și abstinenţa se prezintă ca fiind acute în aceste prime faze de-a lungul cărora dependentul este vulnerabil, îi este teamă și simte că există riscul de recădere.

Dacă există grupuri de suport, ceea ce rar se întâmplă în România, este extrem de util să-și împărtășească propria experienţă celorlalţi membri ai grupului de suport, deoarece poate învăţa că este posibil să găsească interlocutori sinceri în terapeut și în membrii grupului, cu care poate să-și împărtășească gânduri, sentimente, interes reciproc și să instaureze relaţii autentice cu fiecare dintre aceștia.

Obiectivele pe termen mediu ale procesului terapeutic se stabilesc în momentul în care, odată îndeplinite obiectivele primului pas, pacientul este pregătit pentru un angajament mai mare. Prima îndeplinire a acestor faze constă în înţelegerea propriilor emoţii, exprimarea lor, recunoaşterea faptului că sunt exagerate (sau, în unele situaţii, ascunse) pentru ca ulterior să înveţe să și le gestioneze. O emoţie importantă în mod special

este furia ce trebuie transformată într-o expresie constructivă, ce ajută la eliminarea fricii, a suferinţei și în general la sentimentele de neputinţă, de pasivitate și vulnerabilitate (Pistuddi, 2007,162).

Dinamica relaţiei ședinţelor de grup este centrată pe sprijinirea pacientului în achiziţia unor abilităţi de comunicare, dar și în dobândirea empatiei sau modul de a fi deschis relaţiilor, de a fi sincer și onest. O îmbunătăţire a abilităţilor de comunicare necesită timp îndelungat și pregătire, exerciţii și tehnici diverse. în cazul în care pacientul vine însoţit se poate lucra și cu partenerul. De fapt, competenţele comunicative sunt considerate diferite dacă pacientul nu este singur sau dacă este înconjurat de persoane care-l ascultă. Faptul că îşi îmbunătăţește abilităţile de comunicare are un rol deosebit de marcant în schimbarea relaţiilor cu familia și-l ajută să se integreze în comunitate. Pacientul se dedică pas cu pas altor activităţi.

Experienţele de ajutor primite din partea grupului de suport și din partea terapeutului devin o modalitate prin care pacienţii pot învăţa ce înseamnă intimitate relaţională, o modalitate prin care ei pot să preia iniţiativa, pot să ceară ajutor și să vadă, să găsească mai ales, în cel de lângă ei un interlocutor nu doar sincer, ci și disponibil. O persoană care poate să-i ajute să iasă din această stare caracterizată de pasivitate și din percepţia victimizării. Rușinea pe care o simt creează inhibiţii și o lipsă de contact cu propriile sentimente, ceea ce îi face să nu fie deloc empatici în recunoaşterea nevoilor altora.

Multe persoane dependente de sex ajung să facă confuzie – și aici este riscul –, între sprijinul pe care ceilalţi îl pot oferi – și-l oferă, și dependenţa de ceilalţi. Dependenţii de sex ajung să fie dependenţi de cei ce-i ajută. La început, ei nu reușesc să consolideze o relaţie de interdependenţă. Astfel, se impune să fie susţinuţi în a-și construi un sine pozitiv. Trebuie să înţeleagă că nu totul se rezumă la experienţele negative din trecut, ci dimpotrivă, că au posibilitatea de a se strădui, de a munci pentru dezvoltarea unor noi posibilităţi de autoafirmare, dacă

reușesc să se debaraseze de modelele familiale patogene. Tot prin intermediul psihoterapiei, se încearcă să ajungă la edificarea stimei de sine și la constatarea că pot, prin efortul personal, să se valorizeze.

Un stil de viaţă în care să dedice mai mult timp propriei persoane, să se orienteze spre activităţi de relaxare, distractive, ludice, să se preocupe de propria sănătate fizică, care prevede și timp pentru odihnă, pentru recuperarea energiilor fizice. Terapeuţii americani recurg la tehnici și strategii *cognitiv-comportamentale* precum „problem solving”, prin care îl fac pe pacient conștient de starea în care se găsește și îl pregătesc preventiv pentru a nu recădea, pentru a preveni tensiunile care sunt generatoare de criză.

După aceste două faze, conform autorilor americani, trebuie luat în considerare dacă pacientul este în stare să întreprindă o muncă mult mai anevoioasă care constă în înfruntarea elementelor celor mai problematice ale vieţii sale, care rezultă din sexualitate, probleme familiale și eventualele experienţe de abuz sexual.

Tratarea pare a fi imediată dacă este îmbunătăţit nivelul conștiinţei, al înclinaţiei de a comunica și al capacităţii de a fi prezent din punct de vedere emotiv faţă de propria persoană și faţă de partener. în ceea ce privește sexul, în sens strict, în momentul în care o persoană a dezvoltat o semnificaţie corectă a sinelui, sexul devine o alegere și nu o constrângere pentru repetarea impulsivă, ca în cazul dependenţilor (Avenia, 2007, p. 163). Deosebit de important de subliniat este prevenţia recăderilor ca tratament reabilitativ pluridimensional, care prevede intervenţia psihoterapeutului și un suport farmacologic adecvat.

Există tratamente recunoscute, de scurtă durată sau de lungă durată. în *Sta˘ge I˘I recovery. Life beyond addiction* (1985), specialistul în recuperare Ernie Larsen descrie două faze de recuperare. Primul stadiu prevede obţinerea abstinenţei, iar al doilea stadiu are ca scop „putting one3s live back together”.

Terapia de grup

Tratamentul de lungă durată în cazul adicţiei sexuale îşi are originea în „The Twelve Steps" ai Alcoholics Anonymous elaboraţi cu 60 de ani în urmă. Statisticile au scos în evidenţă că peste 90% dintre persoanele dependente de sex care au făcut parte din programul cu 12 pași, timp de 5 ani sau mai mult, au realizat progrese considerabile spre vindecare. în recuperare, forţa grupului este mai puternică decât forţa individuală.

Primul pas constă în admiterea faptului că dependentul este dependent, că este lipsit de putere și că viaţa sa este lipsită de orice management benefic. Dependentul trebuie să-și recunoască propria condiţie, să-și observe voinţa slabă, că dependenţa i-a afectat propria viaţă, ca apoi, în pasul al doilea, să solicite ajutor de la o persoană care este mai puternică decât el. Mulţi dintre dependenţii de sex nu doresc să admită realitatea propriei vieţi, să admită stadiul de dependenţă, astfel ei neagă, diminuează sau proiectează această situaţie. Este deosebit de important acest pas al recunoaşterii – „we admitted".

S-au creat grupuri de suport al dependenţilor, programe la nivel internaţional de recuperare și educaţie, care au preluat modelul Alcoholics Anonymous – Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA), Sex Addicts Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous sau Sexaholics Anonymous. De pildă, SLAA a fost fondată de un muzician din Boston, în 1977. El a fost membru al Alcoholics Anonymous timp de mai mulţi ani. Ideea sa că sexualitatea a scăpat controlului l-a făcut să identifice și alte persoane cu această problemă și astfel ˇs-au adunat mai întâi în case private, iar mai apoi în locuri mai largi.

Programul S.L.A.A. ˇeste un program benevol în care pacientul este sincer și deschis, de aceea nu trebuie să se simtă nicidecum forţat, el trebuie să primească speranţă. Fiecare pas are scopul de a îmbunătăţi continuu viaţa subiectului, de la luarea deciziei până la schimbarea comportamentului cu ajutorul persoanelor din jur și atingerea unei stări de natură spirituală lipsită de egoism

și demnă de binefaceri. De menţionat că programul nu se realizează în izolare. Se face mereu referinţă la apelativul „noi”, ce simbolizează comuniunea persoanelor ce doresc să se vindece. Vindecarea nu este un act individual, un program de tip „eu”, ci este un program de tip „noi”, care prevede contactul cu celelalte persoane, suferind de aceeași tulburare.

Programul „12 pași” ˟s-a dovedit a fi benefic prin facilitarea formării unor legături de suport și prietenie în afara grupului. Având în vedere presiunea grupului de consumatori ca una din categoriile cu risc mare de recădere, relaţiile de prietenie cu non-consumatorii în viaţa cotidiană devin un element de prognostic pozitiv în menţinerea abstinenţei. Grupul constituie astfel pentru individul cu dependenţă o cale de a socializa și, progresiv, preocuparea pentru propria persoană se extinde, în dorinţa de a ajuta și alte persoane să se recupereze (Prelipceanu, 2004, p. 168).

Prin întâlnirile periodice, conduse spre o sănătate a minţii prin explorarea emoţiilor și a relaţiilor, terapia de grup oferă pacientului oportunitatea de a învăţa cum să se deschidă, prin anumite practici și roluri asumate, oferă oportunitatea de a învăţa din experienţa celorlalţi membri ai grupului cum să se descurce în unele situaţii similare. Pacientul poate învăţa foarte multe de la membrii grupului, poate primi feedback, își poate dezvolta relaţiile, poate învăţa să comunice mai bine și poate învăţa, la rândul său, să îi sprijine pe alţii prin căi nonadictive. Un alt avantaj al terapiei de grup este acela că poate oferi o experienţă emoţională cathartică și poate îmbunătăţi abilitatea dependentului de a experimenta și de a înţelege intimitatea nonsexuală.

Psihoterapia psihanalitică are scopul de a aduce conștientizare ridicată a gândurilor inconștiente, de a dezvolta insight-uri pentru motivaţie și pentru rezolvarea problemelor.

Terapeuţii psihanaliști au declarat că la majoritatea pacienţilor veniţi la terapie au identificat o paradigmă

centrală de transfer caracterizată în principal de deprivări materne severe însoţite de manifestări de furie excesivă. Chiar dacă aceste persoane au o puternică dorinţă de a fi trataţi de psihoterapeut, o problemă reală care apare în cazul curei terapeutice este gândul terifiant pe care-l au că vor fi dependenţi de terapeut (Wayne, 1995, p. 479). O altă problemă pentru tratamentul psihoterapeutic este relaţia cu acele persoane, dependente de sex, care ˚s-au angajat în acţiuni sexuale de natură dramatică și periculoasă. Din cauza modului „selfmedicatory" prin care funcţionează aceste acte, terapeutului îi este mai greu să lucreze cu subiectul său, și devine necesar să fie mult mai activ decât în alte cazuri clinice. Activitatea sporită a terapeutului ia uneori forma unor sugestii adresate pacientului de a diminua frecvenţa actelor sexuale, pentru a oferi tratamentului șansa de a se sfârși într-o manieră pozitivă. în unele situaţii, pacientului i se pot administra inhibitori de serotonină, care au rolul de a cauza scăderi ale dorinţei sexuale și a intensităţii orgasmice.

În final, terapeutul este văzut ca figură paternă, protectoare care îl poate controla și care are puterea de a-i interzice continuarea comportamentului sexual.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tratamentul adicţiei sexuale include diverse tehnici ce au ca scop identificarea credinţelorzideilor negative și a comportamentelor indezirabile și înlocuirea lor cu cele pozitive și benefice. în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale sunt incluse modalităţi de prevenţie a recăderii. Prevenţia recăderii este o etapă din programul controlului de sine creat pentru a ajuta dependenţii de sex să anticipeze și să facă faţă eventualelor recăderi. Sunt abordate diferite tehnici, specifice intervenţiei cognitiv-comportamentale de recunoaştere și conștientizare a problemei, strategii de coping, și mai ales însușirea unor abilităţi comportamentale specifice. Terapeutul îi prescrie pacientului sarcini, „teme pentru acasă" (Dafinoiu și Varga, 2005, p. 33).

Tratamentul se centrează pe sentimentele

individului, pe comportamentul său și pe mediul care ar putea precipita recăderea. De aceea, terapia cognitiv-comportamentală face apel la proceduri care ajută la evitarea condiţiilor de recădere.

Terapia de cuplu / familie

Dependenţa de sex afectează întreaga familie, de aceea, în foarte multe cazuri este recomandată participarea și implicarea partenerului sau/și a copiilor în cadrul ședinţelor de terapie. încă din 1983, Patrick Carnes afirma că terapia maritală este mult mai utilă decât terapia de grup sau terapia individuală pentru facilitarea sănătăţii cuplului, dar și, în particular, pentru monitorizarea reactivităţii emoţionale în procesul de recuperare.

Cercetările au arătat că terapia de cuplu are în tratamentul adicţiei sexuale succes mai mare decât / terapia individuală ori terapia de grup, chiar dacă la începutul ședinţelor pacientul dorește să fie singur (Bergner, 2002).

Alte studii au accentuat rolul partenerului și susţinerea pe care acesta o poate oferi în procesul vindecării. Următoarele teme au fost subliniate: restaurarea încrederii, iertarea, îmbunătăţirea conștientizării propriilor emoţii, îmbunătăţirea comunicării, înţelegerea problematicii, îmbunătăţirea intimităţii, a interacţiunii dintre parteneri, a activităţilor comune, reducerea rușinii, eliminarea mecanismelor de apărare (Young, 2000, p. 57).

Raviv susţine că includerea membrilor familiei în tratament, prin participarea acestora la unele ședinţe de terapie, va duce la o mai bună înţelegere din partea familiei a adicţiei sexuale și astfel ei îşi vor antrena toate abilităţile în sprijinul pentru schimbare pe care îl vor acorda dependentului de sex (Raviv, 1993).

Dintr-un punct de vedere eminamente clinic ˇs-a demonstrat că este extrem de util să se includă în procesul diagnosticării (dar și în primele faze ale tratamentului) acea persoană care reprezintă o anume semnificaţie pentru pacient: partenerul de viaţă sau altă persoană

apropiată. Includerea acestei persoane în cadrul terapeutic poate ajuta la înţelegerea impactului pe care l-a avut faptul că a cunoscut un dependent, impactul pe care l-a avut dependenţa asupra relaţiei de cuplu și chiar pentru a înţelege dacă persoana apropiată poate fi numită co-dependentă, dacă aceasta suferă la rândul ei de depresie, dacă are o stimă de sine scăzută, dacă prezintă un comportament indulgent și protectiv pentru pacient sau dacă prezintă tulburări de control al impulsurilor comorbide. Deseori pacientul învaţă în terapie că nu este singurul care suferă, că și partenerul suferă.

Autorii tradiţionali, psihoterapeuţi, subliniază că de fapt se poate vorbi nu numai de terapia persoanei dependente, ci și de terapia cuplului, adică a dependentului și a partenerului său, considerat „co-dependent” Milrad sugerează că terapia de cuplu trebuie să includă ambele aspecte: recuperarea individuală (a individului și a co-addictivului – soţia) și concomitent stabilizarea cuplului (Milrad, 1999, p. 128). O stabilizare a relaţiei de cuplu/relaţiei maritale, prin recunoaşterea adevărului și a deschiderii poate ajuta la o recuperare rapidă, bazată pe o descoperire care sugerează că fricile relaţiei deseori previn dependentul de a fi onest. Onestitatea, să nu uităm, este un element esenţial pentru vindecarea de adicţia sexuală (Bird, 2006, p. 309).

Terapia de cuplu îi pune împreună pe ambii parteneri să facă parte fiecare din procesul spre dobândirea sănătăţii, împărtășindu-și unii altora sentimentele de frică și învăţând să fie mai deschiși. Numărul de divorţuri relatate în astfel de cazuri este un indicator al influenţei pe care adicţia sexuală o are asupra stabilităţii căsniciei. Terapia maritală oferită de psihoterapeuţi specializaţi poate scoate în evidenţă noi resurse pentru membrii cuplului în menţinerea acestei relaţii și pentru scăparea de adicţia sexuală.

Pare a fi iraţional ca un cuplu să prefere să-și discute problemele private în cadrul unor ședinţe de terapie de grup, înainte de a opta pentru terapia de cuplu. Pentru că

terapia poate dura ani de-a rândul mijloacele de terapie pot alterna, subiectul apelând la unele dintre acestea în funcţie de nivelul la care se află și de indicaţiile psihoterapeutului. Există printre psihoterapeuţii pe care i-am cunoscut și opinii care sugerează că ar fi de recomandat ca fiecare dintre partneri să frecventeze alt psihoterapeut. Este și aceasta o alternativă.

În cazul cuplurilor, relaţiile intime se pot îmbunătăţi. O altă componentă delicată a terapiei se regăsește în cazul persoanelor abuzate sexual în copilărie. Unii autori sugerează să nu se propună această temă până când persoana nu demonstrează că are forţa necesară și siguranţa de a putea vorbi, să se amâne discuţia respectivă până în momentul în care se constată că persoana dă dovadă de o autentică comprehensiune a problematicii.

În unele cazuri, descoperirea unei dependenţe de sex la unul dintre cei doi parteneri, în cadrul unui cuplu bine stabilit, poate avea consecinţe devastatoare deoarece sentimentul de fidelitate este distrus. Astfel că proiectul terapeutic trebuie să includă și o terapie la care să participe și partenerul, sau chiar un grup al partenerului (Annalisa Pistuddi, 2007, p. 163). Terapia de cuplu poate ajuta partenerii să fie conștienţi de gândurile fiecăruia, de perspective, de ideile și de zbaterile pe care fiecare dintre aceștia le au. într-o societate super-solicitantă, consumistă, care prevede multe ore de lucru, două-trei locuri de muncă, program exagerat de încărcat, nu mai există timp pentru repaus și nici măcar pentru discuţii între parteneri. Individul este încarcerat în propria lume și se simte ca o piesă a acestui angrenaj, dacă se va opri, va fi sortit eșecului. Ori, în situaţia de faţă, când individul nu mai are timp pentru sine, nu mai are timp de soţie, de familie, ci doar prestează niște servicii pentru a fi recompensat, în aceste condiţii nefaste inevitabil apar probleme. Și doar ajunși în faţa unei a treia persoane, ei vor începe să-și reverse neclarităţile, să discute, să afirme ce simt și ce vor de fapt și în final să se cunoască reciproc. în ajutorul lor, terapeutul apare ca o salvare, ca cel care se interesează de

viaţa personală a cuplului.

Ca urmare, discuţiile cu terapeutul, la care soţia nu doar asistă (sau celălalt partener în caz contrar sau chiar alţi membrii ai familiei), au rolul de a facilita comunicarea dintre cele două persoane (sau membrii familiei), de a înţelege complexitatea fenomenului adicţiei sexuale și de a spriji pacientul în drumul său spre vindecare.

Chiar dacă pacientul este căsătorit sau nu, unii autori susţin că statutul de căsătorit nu reprezintă un factor pentru prevenirea recăderii. Dar divorţul sau despărţirea sunt factori care, totuși, conduc la favorizarea recăderii (Wan, 2000, p. 179).

Pare destul de dificil de a oferi un veridict în favoarea terapiei de cuplu. Există studii care arată că doar 30% dintre persoane consideră că consilierea maritală este de ajutor pe termen lung în contrast cu terapia individulă, la care apelează mai multe persoane. Autorii studiilor oferă și o explicaţie. La terapia individuală oamenii caută ajutor pentru ei înșiși și sunt de obicei mai motivaţi pentru schimbare, decât în terapia de cuplu, când acuzele și responsabilitatea îl privesc mai mult pe celălalt. Terapeutul trebuie să-l „repare” pe celălalt (Grayson, 2004, p. 14).

Desigur că și modelul prezentat este susceptibil de critici și are limite în confruntarea cu persoane antisociale și care au dezvoltat o identitate fragilă.

Terapia farmacologică în cazul adicţiilor, diferitelor forme de terapie li se alătură un **tratament farmacologic.** Dintre binecunoscutele medicamente ce se recomandă în anumite tulburări psihice și pentru sexual addiction se folosesc antidepresive. Cele mai des folosite antidepresive în tratamentul adicţiei sexuale sunt inhibitorii de serotonină. Acestea includ fluoxetinele (Prozac, Prozac Weekley), paroxetinele (Paxil) și sertralinele (Zoloft).

În alte cazuri medicul poate indica administrarea de antiandrogeni. Aceste medicamente au rolul de a inhiba efectele biologice ale hormonilor sexuali, androgeni. Ele pot reduce dorinţa sexuală, erecţia și fanteziile. Se

folosesc doar în cazul în care adicţia sexuală pune în pericol pe cei din jur. ˇS-a remarcat eficacitatea folosirii androgenilor în cadrul pedofiliei.

Naltrexona este un medicament folosit deseori în tratamentul adicţiilor. Adicţia sexuală intră în / /

categoria adicţiilor alăturându-se alcoolului, stupefiantelor sau jocurilor de noroc. Conform National Institute on Drug Abuse (NIDA) adicţia de droguri este o tulburare cronică, caracterizată de o căutare și o utilizare compulsivă a drogului, și de o schimbare neurochimică și moleculară în creier (Nora D. Volkow, 2006, p. 18).

În cazul comportamentelor adictive are loc o funcţionare deficitară a centrului de recompensă al creierului. Centrul de recompensă guvernează toate comportamentele în care motivaţia are un rol central, inclusiv motivaţia de a face sex. Pentru că vorbim de creier, vorbim în linii mari și de neuroni și neurotransmiţători. Neurotransmiţătorul responsabil atât pentru comportamentul sănătos, cât și pentru comportamentul adictiv este dopamina. Totodată, alţi neurotransmiţători modulează cantitatea de dopamină eliberată prin răspunsul la stimuli. Experimentele au demonstrat că Naltrexona este eficientă și în saţietatea sexuală și epuizarea fizică la șoarecii masculi (Fernandez-Guasti, 2003, p. 258).

Naltrexona îşi exercită efectul prin inhibarea parţială a efectului opioizilor endogeni, care fac parte din sistemul chimic intracerebral responsabil pentru apariţia senzaţiei de satisfacţie și pentru analgezia endogenă. Substanţe precum alcoolul, morfina, nicotină au efect stimulator pe acest sistem. La început Naltrexona a fost aprobată pentru a-i ajuta pe cei ce vor să abandoneze consumul de opiacee (heroina și morfina). Cu alte cuvinte, Naltrexona este folosită pentru diminuarea dependenţei de opioizi. Cel mai mult ˇs-a utilizat în tratamentul dependenţei de alcool. Astfel că după publicarea eficacităţii primelor două tratamente, în anul 1992, o serie de studii au confirmat rolul medicamentului în reducerea frecvenţei consumului

de alcool (Schmitz, 2001).

Naltrexona acţionează blocând capacitatea opioizilor de a spori eliberarea dopaminei. Mai mult decât atât, ceea ce ne interesează pe noi, studiile au demonstrat faptul că acest medicament are posibilitatea de a reprima compulsivitatea euforică și adicţia devastatoare a pacienţilor dependenţi de pornografia de pe Internet (Bostwick, 2008, p. 266).

Centrul de recompensă mezolimbic, înainte de a fi copleșit de adicţie, are rolul de a motiva comportamentele ce oferă beneficii individuale. îndată ce adicţia ˚s-a instalat, specialiștii au observat o funcţionare eronată a centrului de recompensă, indiferent de tipul de adicţie: abuzul de drog, jocurile de noroc sau activitatea sexuală.

În mod concret, în articolul semnat de Bostwick și Bucci (2008), este prezentată Naltrexona, modul cum acţionează la nivel neuronal, dar și cum ˚s-a modificat comportamentul pacientului. Este prezentat cazul unui tânăr de 24 de ani care a devenit dependent de sex prin intermediul Internetului. El a făcut parte din grupuri de psihoterapie, a urmat indicaţiile medicului cu antidepresive, alături de psihoterapie individuală, însă rezultatele nu erau satisfăcătoare. Ajunsese să-și petreacă mai mult de opt ore pe zi pe site-uri erotice, chat-uri, masturbându-se repetat și nu se putea stăpâni, nu se oprea decât atunci când îl copleșea oboseala. Astfel că tânărul și-a pierdut câteva joburi din cauza productivităţii slabe, ca rezultat al timpului cheltuit fără beneficiu profesional, timp alocat preocupărilor pentru satisfacerea comportamentului compulsiv.

Timp de câteva săptămâni, în urma tratamentului cu Naltrexonă prescris de psihiatru (50 mg/zi), alături de o doză de 100 mg/zi de Sertralină (prin studii controlate, de tip placebo, ˚s-a demonstrat că Sertralina este eficientă în tratamentul comportamentului compulsiv-obsesiv la copii și adulţi, Chouinard și colab. 1991, p. 279). Pacientul a raportat o schimbare privind comportamentul sexual. Dacă despre adicţia sexuală afirma că, cu toate că persevera în

acele acţiuni, ajunsese să nu simtă nicio satisfacţie, se simţea ca în iad, după câteva săptămâni efectele au început să apară.

Vindecarea totală ˇs-a realizat doar după trei ani de la începerea tratamentului, timp în care a continuat să primească Sertralină și Naltrexonă (doza de Naltrexonă crescând uneori până la 150 mg/zi) și să urmeze ședinţe de psihoterapie individulă. La final pacientul a afirmat că nu mai simţea nicio dorinţă de a mai întâlni pe cineva online.

Eficienta Naltrexonei în tratamentul adicţiei a fost dovedită și de un alt studiu, desfășurat în Israel. La șaptezeci și doi de pacienţi li ˇs-a administrat timp de 6 luni Naltrexonă. Rezultatele au fost benefice, persoanele au început să aibă relaţii stabile, să primească o slujbă și să creeze relaţii sociale bune (Lerner, Gelkopă, Sigal, Oyffe; 1997, p. 390).

Hyman (2005) numește adicţia o uzurpare a mecanismelor neuronale ale învăţării și memoriei care în condiţii normale servesc la conturarea comportamentelor de supravieţuire corelate cu căutarea recompensei. Este vorba despre circuitul neuronal al comportamentului motivaţional (MAB) care include nucleus accumbens (NAC), aria tegmentală ventrală, cortexul prefontal și amigdala. Adicţia afectează acest circuit provocând o mare cantitate de dopamină eliberată pe période lungi de timp.

Un alt autor, Ryback, a studiat în mod particular ce rezultate a avut Naltrexona în reducerea apetitului sexual și în comportamentul hipersexual la adolescenţii condamnaţi ca delincvenţi pentru viol și activităţi sexuale cu copiii mici. Și aceștia au primit doze de Naltrexonă de la caz la caz (100 mg/zi până la 200 mg/zi); cei mai mulţi dintre participant au relatat scăderi ale apetitului sexual, a frecvenţei masturbărilor și a fanteziilor sexuale, concomitent cu o creștere a controlului nevoilor sexuale (Ryback, 2004, p. 985).

Astăzi medicina homeopată pare a fi la modă. Mijloacele de tratament homeopate au pătruns și în sfera sexualităţii. De exemplu, pentru scăderea dorinţei,

homeopatia indică câteva remedii: Agnus Castus, Baryta Carbonica, Conium, Grapgites, Lycopodium, Sepia, Natrum Muriaticum, Staphysagria, Sabal Serrulata și altele (Granata, 2005, p. 117). Ideea acestui studiu a pornit de la o anumită evidenţă, experimentată și de alţi autori și anume că multe persoane vor să-și rezolve singure problemele, fără nicio intervenţie profesională (Curry și colab, 2003, p. 309). Sarcina noastră este să nu-i lăsăm singuri, ci să le venim în ajutor.

Comentarii

Ne interesează, ca specialiști, cum îi tratăm pe cei care suferă de dependenţa de sex. Majoritatea persoanelor cu sexual addiction au fost investigate cu ocazia încarcerării (infractori), când întâmplător ˇs-a dovedit a avea și astfel de probleme, de natură sexuală. Cunoaştem gradul ridicat de recidivă al infractorilor cu fapte de natură sexuală, fie că vorbim de abuz sexual, viol sau pedofilie. În cazuri foarte rare pacienţii se prezintă la un cabinet privat de psihoterapie. în alte situaţii, psihoterapia cuplului poate identifica aspecte de dinamică sexuală. Dacă în America există clinici rezidenţiale specializate pentru tratamentul dependenţei de sex, unele tratând exclusiv femeile, în România, încă nu avem. De fapt, chiar și în sistemul de sănătate britanic numărul clinicilor este limitat, iar femeile din Marea Britanie prezintă unele bariere specifice în a se adresa serviciilor specializate precum bariere individuale (negarea problemei, remisia spontană, dorinţa expresă de a refuza ajutorul, apelarea la alte servicii pentru alte probleme de sănătate mentală (suicidul), sau bariere sociale precum indezirabilitatea socială și stigma (Dhuffar și Griffiths, 2016).

Adicţia este fără îndoială o realitate clinică, dar folosirea conceptului de adicţie pune probleme de legitimitate teoretică în funcţie de mediul în care este situat. Pe scurt, există două tipuri de conceptualizare a adicţiei. Prima folosire este una de tip descriptiv (Goodman) și corespunde anumitor criterii și comportamente concrete care se încadrează în această

categorie. Cel de-al doilea tip al adicţiei se referă la un model explicativ sau interpretativ și propune modele sau construcţii psihopatologice ale adicţiei, făcând referire la funcţiile și consecinţele adicţiei (Pedinielli și colab., p. 121).

Adicţia sexuală reprezintă o condiţie foarte dureroasă pentru persoanele care suferă de aceasta. Nu ˟s-a identificat până astăzi niciun tratament 100% eficient. Probabil cel mai bun tratament poate fi acela care înglobează cât mai multe abordări. în timp ce psihoterapia individuală permite să se întreprindă cele mai multe insight-uri pentru geneza comportamentului, succesul nu ˟s-a obţinut fără ajutorul agenţilor psihofarmaceutici. Tehnicile cognitiv-comportamentale și psihoterapiile de orientare psihodinamică au scopul de a obţine o îmbunătăţire a strategiilor de coping, a recunoaşterii riscurilor și a prevenţiei recăderilor. De asemenea, un ajutor important poate veni urmând cei 12 pași consacraţi pentru tratament. Personal, am îndoieli că românii vor fi deschiși la un astfel de model de terapie. E adevărat că modelul funcţionează în cazul dependenţilor de alcool, de câţiva ani buni, în București, pe lângă Spitalul de Psihiatrie Obregia, că există grupuri de terapie lângă Sibiu sau în Oradea, însă cu privire la dependenţa de sex atât bărbaţii cât și femeile vor avea mari reţineri în a se prezenta, chiar într-un grup închis, sigur, securizant și a-și exprima suferinţa. Mai nou, forumurile online de discuţii reprezintă un ajutor pentru cei cu probleme similare, creând astfel o comunitate online care se ajută și se susţine reciproc, uneori ajungându-se ca utilizatorii să se întâlnească offline, legând prietenii.

În ceea ce privește terapia de cuplu, după cum spuneam, majoritatea terapeuţilor iau în considerare rolul terapiei de cuplu, mai mult decât terapia de grup sau terapia individuală. Iar în cadrul terapiei de cuplu abordarea integrativă – care privește pacientul ca întreg și nu analizează sexualitatea ca pe o componentă individuală, ci privește persoana umană în ansamblu său –, are alte

rezultate.

Însă alţi autori, dimpotrivă, nu susţin terapia de cuplu și nu discută despre acest tip de terapie, nici măcar ca pe o opţiune posibilă. Perspectiva lui Schneider și Schneider este că recuperarea individuală este la baza construirii unei relaţii sănătoase. Ei merg atât de departe, încât susţin cu fermitate că o terapie începută prin terapia de cuplu va fi dăunătoare individului (Schneider J., Schneider B., 1996, p. 246).

Este adevărat că atât terapia de cuplu, cât și terapia individuală prezintă avantaje și dezavantaje. însă nu se poate face abstracţie în niciun caz de relaţia adictivului cu familia, mai ales că în nenumărate cazuri ale adicţiei sexuale este evidenţiat / *f* faptul că adicţia afectează atât relaţiile profesionale ale pacientului, cât și relaţiile cu partenerul ori cu ceilalţi membri ai familiei. Chiar dacă unii terapeuţi se focalizează doar pe individ și pe wellbeing-ul acestuia, iar alţii văd adicţia sexuală ca pe o problemă ce afectează nu doar pacientul, ci și cuplul, culminând în unele cazuri cu conflicte și ducând până la divorţ, totuși rămâne evident faptul că există o relaţie și o influenţă reciproce între binele individului și binele relaţiei de cuplu ca atare. Nu sunt de acord cu afirmaţia că dacă individul este sănătos și relaţia va fi sănătoasă, sau că dacă facem ca individul să nu mai fie dependent, relaţia de cuplu se va reface, fără niciun fel de repercusiuni. Problematica adicţiei este mult mai complexă, deloc simplă și unidirecţională.

Problematica rămâne alta. Mulţi dintre noi nu dorim să admitem că suntem dependenţi de ceva, fie că este vorba de mâncare, de alcool, de tutun, droguri, tehnologie sau sex. Poate din cauza stereotipurilor pe care încă le avem, stereotipuri legate de dependenţă. Și, slavă Domnului, România, nu duce lipsă de etichetarea celor care suferă de o anume tulburare sau alta. Când eşti dependent simţi că nu ai nicio alternativă, nu ai putere asupra ta; ai dorinţă, dar nu putere de schimbare și nu ai control. Mulţi dintre români nu vor să accepte ideea că

altcineva îi controlează. De fapt, nimeni dintre noi nu dorește să fie subjugat, să fie condus de altcineva sau altceva. Omul postmodern dorește libertate și se luptă pentru a-și obţine libertatea. Astăzi, dacă lezezi libertatea altuia codurile de legi îţi aplică o pedeapsă drastică. Omul recent consideră libertatea ca pe cea mai mare valoare. Pentru virtutea libertăţii ˇs-au purtat războaie, au murit oameni – doar pentru a fi liberi. ˇS-a luptat și ˇs-a murit pentru libertate și încă se mai luptă pentru libertate și pentru independenţă la diferite niveluri. Este permis să fii liber. Să gândești liber, să te exprimi liber, să acţionezi liber conform dorinţelor proprii. Și se pare că este plăcut să fii liber. De aceea vedem dependenţa ca pe ceva dezastruos și inacceptabil. Pentru că în momentul în care suntem dependenţi, nu mai suntem liberi, devenim pasivi. Nu ne place să fim dependenţi pentru că nu mai putem face ceea ce dorim și pentru că suferim.

Pentru cei dependenţi sexul devine foarte important și toate celelalte aspecte ale vieţii suferă din această cauză. Azi nu se mai face o distincţie netă între permis și nepermis, ci apare o necesitate cu referire la distincţia dintre sănătos și nesănătos.

Să luăm exemplul persoanei care consumă alcool. O persoană ce consumă regulat o cantitate mică de alcool (un pahar de vin) în timpul meselor zilnice nu înseamnă că este o persoană dependentă. Este numită persoană consumatoare, dar nu persoană alcoolică, pentru că la alcoolic lucrurile stau cu totul altfel. Aici treburile sunt mult mai complicate. Ea este dependentă de alcool, iar alcoolul pe care-l consumă este nociv.

Să luăm alt exemplu: al masturbării. Dacă în urmă cu zeci de ani acest act era prohibit și catalogat nu doar ca imoral ci și ca deviant, astăzi majoritatea psihosexologilor recomandă masturbarea ca tehnică utilă în terapia unor disfuncţii sexuale.

Doctorul american Mark H. Bird, din Texas, pleda pentru importanţa terapiei familiale în cazul adicţiei sexuale, în detrimentul terapiilor individuale ori de grup.

în amplul său articol, el a trecut în revistă majoritatea studiilor ce au luat în considerare terapia familială sau terapia de cuplu, oferind argumente pro și contra. Una dintre concluziile studiului a fost aceea, la care semnez și eu, că majoritatea terapeuţilor nu înţeleg prea bine ce înseamnă adicţia sexuală (Bird, 2006, p. 307).

Chiar dacă este vorba de terapie individuală, de cuplu, sau orice alt tip de terapie multidisciplinară, terapeutul trebuie să acorde atenţie simptomelor ce sugerează că comportamentul sexual afectează individul, partenerul sau cuplul. Terapeutul trebuie să acorde atenţie și problemelor de cuplu, care par a fi adiacente, dar care pot avea oarecare legătură cu adicţia partenerului, problemele din cadrul cuplului ce au determinat și facilitat într-o oarecare măsură adicţia sexuală.

Evola, menţionat în Introducere, deși nu era psiholog, declara că la om, în fond, nu există niciodată o dorinţă fizică; dorinţa fizică nu este decât o traducere și o transpunere a unei dorinţe psihice (Evola, 2002, p. 45). Iar un psihanalist cunoscut declara sexualitatea umană ca fiind indisociabil o psihosexualitate, fie că este vorba de a evoca satisfacţia, fie imposibilitatea de a ajunge la aceasta (André, 2003, p. 101).

Sarcina tratării, în mare măsură, nu îi revine medicului, ci psihoterapeutului. O altă concluzie ar fi că adicţiile pornesc și de la o carenţă culturală, de personalitate bazată pe un gol de sine al persoanei, gol pe care această persoană vrea să-l umple. Oamenii se găsesc într-o stare de anxietate. Se tem să nu rămână singuri. Adicţia ne întâmpină ca un fenomen socio-cultural cu o hipervatorizare a elementelor de performanţă biologică în general, iar în cazul nostru, hipervatorizarea laturii sexuale a persoanei. Totodată este corelată cu ideea de sănătate maximă, de putere, ceea ce oferă și prestigiu. Performanţa sexuală devine o valoare la indivizii care sunt slabi. Prin acest comportament se așteaptă compensarea unor lipsuri. Oamenii ce nu ajung la saturaţie nu se împlinesc, pentru că nu fac ceva de calitate și cu

consistenţă. Prin urmare, psihologii nu au de luptat doar cu adicţia sexuală, ci și cu toate structurile mai mari sau mai mici care, prin diverse mecanisme, duc la instalarea adicţiei sexuale în societate.

Cred că am reușit să înţelegem că dependenţa de sex se adresează mai ales psihoterapiei. Această adicţie are nevoie urgentă de intervenţie psihoterapeutică pe diverse planuri. Nu doar pentru a încerca reabilitarea persoanei nefericite, crearea unei bune imagini de sine, refacerea contactului cu familia, salvarea căsniciei, inserţia socială sau eliminarea gândurilor distructive și tratamentul depresiei (acolo unde este diagnosticată). Vorbim de o dependenţă, dar are loc și un alt proces deosebit de important, și anume destructurarea Eului, a Eului slăbit.

Pentru toate acestea este nevoie de terapeuţi specializaţi pe acest domeniu. Dacă în Occident ˟s-au creat programe internaţionale de recuperare și educaţie, care au preluat modelul Alcoholics Anonymous, grupuri de suport pentru dependenţii de sex – precum: Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA), Sex Addicts Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous sau Sexaholics Anonymous –, în România această adicţie rămâne încă, din păcate, un tabu sau se vorbește despre ea doar în cadrul conferinţelor de specialitate.

Ce urmează?

În 2017, Dr. Carnes a obţinut un grant pentru a efectua studii genetice în Canada și America. Peste 1.000 de persoane (500 dependenţi de sex și 500 persoane care nu sunt dependente) din diverse centre din SUA ?i Canada au fost incluse în studiul condus de Dr. Carnes[1]. Studiul urmărește să răspundă la câteva întrebări esenţiale:

Ce gene au legătură cu dependenţa sexuală?

1) Cum sunt aceste gene comparativ cu genele legate de alcoolism și dependenţa de droguri?

2) Există grupuri specifice de gene care predispun persoanele dependente de sex să se comporte în anumite

1 Preluat și tradus din www.themeadows.com/blog, accesat la 01 februarie 2018.

moduri? Cu alte cuvinte, putem anticipa dacă un dependent va deveni compulsiv în ceea ce privește infidelitatea, pornografia sau voyeurismul?

3) Ce tulburări psihologice sunt legate de diferitele tipuri de dependenţă sexuală? De exemplu, dacă o persoană este antisocială, este mai probabil să plătească în mod compulsiv pentru sex, să se angajeze în voyeurism sau să urmărească sexul în anonimat?

O analiză genetică completă a tuturor participanţilor va fi efectuată folosind specimenele de salivă. Metode statistice avansate vor fi utilizate pentru a identifica genele care au legătură cu diferite tipuri de dependenţă sexuală și pentru a lega modelele genetice de psihopatologia și tipul dependentei sexuale.

Autorii speră ca acest studiu să contribuie la îmbunătăţirea considerabilă a tratamentului și accesul la tratament pentru cei care se luptă cu dependenţa de sex. Ar putea, de exemplu:

să conducă la crearea unui instrument de screening pentru cei cu dependenţă sexuală, la fel ca cel disponibil pentru alcoolism;

1) să arate definitiv că dependenţa de sex implică aceleași căi cerebrale ca alte dependenţe;

2) să faciliteze compensarea costului tratamentului de către companiile de asigurări de sănătate;

3) să reducă stigmatizarea și să conducă la tratamente mai prompte și mai eficiente pentru cei care se luptă cu această tulburare.

Redau câteva răspunsuri ilustrative din interviul cu Alexandra Katehakis, psihoterapeut, fondator și director clinic al Centrului pentru Sex Sănătos din Los Angeles și autoarea cărţii despre Inteligenţa Erotică:

Care este diferenţa dintre a avea o dependenţă sexuală și a fi o persoană căreia doar îi place să facă mult sex?

Alexandra: Una dintre principalele diferenţe este că oamenii care se declară „dependenţi de sex” trăiesc o suferinţă profundă ca urmare a comportamentelor lor

sexuale. Deci ceea ce a început fiind distractiv sau folosit ca o modalitate de a-și scoate ceva din minte – sau de a face faţă durerii psihice pe care unii oameni știu sau nu știu că o au – se transformă repede în ceva ca un albatros în jurul gâtului. Aceste persoane vor avea un nivel ridicat de preocupare pentru a obţine experienţa sexuală, astfel încât sexul devine altceva decât dobândirea acelei experienţe (aici vorbim de o formă de miopie). Astfel viaţa se prăbușește, iar oamenii ajung în programul de terapie 12 pași, ca rezultat al unui astfel de sex, distructiv și dureros. Ceea ce este diferit de cazul persoanei căreia îi place să facă sex, se bucură de el, se simte senzual, simte că într-un oarecare fel îi definește viaţa.

Ai lucrat cu oameni care nu sunt siguri dacă au sau nu o dependenţă de sex? Cum îi ajuţi?

Alexandra: Deci, doar pentru că cineva are o aventură sau se uită la pornografie pe Internet nu îl face dependent de sex, este nevoie de o evaluare foarte minuţioasă pentru fiecare persoană pentru a vedea dacă este adevărat, și apoi sunt unii oameni care nu preferă acest termen. Pentru mine, nu contează foarte mult cum se numesc oamenii, sunt mai interesată să-i ajut să depășească dificultăţile în care se află și să se îndrepte spre o viaţă mai sănătoasă, care să le afirme sexualitatea.

Cum ajuţi dependenţii de sex să găsească o cale de a se vindeca?

Alexandra: Păi, mai întâi, fac o anamneză foarte laborioasă, pentru că de multe ori aceste modele se stabilesc nu numai în copilărie, dar uneori chiar în copilărie, în funcţie de nivelul la care persoana este cronic disfuncţională; ei întotdeauna ajung să caute ceva în afara lor ca să se simtă mai bine. Uneori, dacă cineva îşi amintește sau știe că mama sa a avut o sarcină foarte dificilă sau a fost îngrijorată sau deprimată la naștere, acest fapt ne spune că probabil nu a putut să se potrivească [u copilul ei încât să-și scoată la iveală sistemele ei în modul în care sunt menite să fie optime. Deci, dacă e impacientată, copilul ei va fi anxios. Dacă este

deprimată, copilul va fi deprimat. Acestea sunt stări care se instalează devreme, unele dintre ele putând fi schimbate, altele nu.

De asemenea, în cazul în care persoana în cauză a suferit abuzuri emoţionale, abuz fizic, abuz sexual ca persoană tânără sau a fost neglijată, atunci va avea multe probleme în autoreglare. Când un copil este lăsat singur sau abuzat, acesta va găsi modalităţi de a face faţă. Este o strategie naturală de adaptare pentru supravieţuire. Deci, fie că este vorba de fantezie sau masturbare compulsivă sau, așa cum am spus mai devreme, pornografie pe Internet sau chiar compunând povești în propria minte, toate aceste lucruri sunt setate pentru a face ca durerea, tristeţea sau singurătatea să dispară.

De multe ori, copiii de genul acesta sunt predispuși pentru a deveni dependenţi, indiferent dacă devin dependenţi de droguri, alcool, jocuri de noroc sau mâncat compulsiv – este greu de spus de ce oamenii aleg ce comportament să fie compulsiv. Dar atunci când o fac, este util pentru ei să înţeleagă de ce ceea ce fac are sens. Așadar, mai degrabă decât să ne simţim ruşinaţi sau că suntem răi sau vătămaţi sau răvășiţi, ne uităm de ce are sens că ei ar face ceea ce fac azi, pentru că au adaptat acest lucru cu mult timp în urmă, pentru a supravieţui. Iar acum îi împiedică să aibă o relaţie sănătoasă sau o viaţă sexuală sănătoasă sau chiar să poată fi ˇîntr-o relaţie, dacă îşi doresc. Acesta ar fi ˇînceputul tratamentului.

Capitolul 4

ROMÂNIA, ÎNCĂ RUȘINEA EUROPEI. CE RISCURI IMPLICĂ LIPSA EDUCAŢIEI SEXUALE ÎN ȘCOLI[2]

Pe 17 noiembrie 2016, un elev este dat dispărut. în aceeași zi, un tânăr este văzut cum se aruncă de pe un pod în apele Bistriţei. Oamenii refuzau vreo asemuire. Cu tristeţe, pe 17 decembrie 2016, familia identifică corpul

2 Părți din aceste articole au fost scrise și publicate de autor pe blogurile Adevărul.ro ca răspuns la unele inițiative sociale, evenimente cu impact major din presă.

unicului fiu… sinucis. Presa locală specula încă din zilele tragediei cu privire la motivele gestului care tindeau spre o poveste de amor interzisă, între elev și profesoara de română. Pe 17 februarie 2017, zvonurile devin realitate, când profesoara este trimisă în arest la domiciliu, după trei zile petrecute după gratii, pentru acuzaţia de act sexual cu un minor. Anchetatorii, nu presa!, aduc dovezi despre o relaţie amoroasă și sexuală consumată pe parcursul a cel puţin 6 luni și după data la care elevul devine major. Că profesoara era căsătorită cu un preot, mamă a trei copii și că preda la un seminar teologic sau că elevul, din declaraţiile directorului, era cel mai bun elev din clasa a XII-a, cu multe diplome, nu cred că are vreo relevanţă. Profesoara este profesoară și elevul elev, indiferent de tipul școlii și caracteristicile sociale. Ba, aflăm că profesoara este însărcinată. Gurile rele speculează altceva. Preotul nu. Au sărit voci în acuzarea și în apărarea profesoarei. Moise Guran face la radio o emisiune pe tema aceasta. Cele mai multe persoane au găsit-o vinovată pe doamna profesoară. Cel mai ușor și nedrept este să arunci cu pietre de pe margine, fără să cunoști detalii, gânduri, dorinţe, traume, suferinţe sau puţin din adevăr. Știri despre acte sexuale cu minori și violuri apar în presa naţională în fiecare săptămână, din toate părţile României și inclusiv cu români din afara țării.

La Constanţa, un individ de 40 de ani solicita eliberarea condiţionată după ce a fost condamnat pentru că și-ar fi violat fiica vitregă, minoră (12 ani). în 15 februarie 2017, în Râmnicu Vâlcea, un bărbat este reţinut, cercetat fiind pentru că și-ar fi violat și bătut în mod repetat fiica de 15 ani. Oribil! în Petrila, trei tineri violaseră o fetiţă de 13 ani (după ce aceasta consumase alcool la o petrecere) și acum cereau liberarea. La Sibiu, un bărbat este condamnat la 5 ani de închisoare pentru viol. Duminică, o știre din Sălaj ne prezenta cum un educator, care avea rolul de a îngriji tinerele instituţionalizate într-un centru familial, este acuzat de abuz sexual pe parcursul mai multor luni. Un pensionar a

violat o copilă de 12 ani și a fugit din ţară. De o mare gravitate rămâne fapta unui recidivist, eliberat condiţionat, care sub ameninţarea cuţitului violează o femeie cu handicap mintal. Nu există limite!

Tot în aceste zile reapare cazul bine cunoscutului regizor Roman Polanski. La 83 de ani, dorește să-și rezolve acuzaţia de raporturi sexuale cu o minoră de 13 ani, actele desfășurându-se în 1977 în America, totuși, astfel de acte nu se prescriu nici după 40 de ani de la comiterea lor. întorcându-ne la relaţia dintre profesor și elev, constat cu invidie cât de importante și cât de strict sunt respectate codurile etice în școlile occidentale. Aș ruga acum pe directorul Seminarului Teologic de la Piatra Neamţ dacă ne-ar putea trimite o copie a codului etic al instituţiei pe care o conduce. Aș profita și aș ruga/invita pe ceilalţi directori de școli, licee și facultăţi din România să ne prezinte codurile etice și, mai ales, prevederile care reglementează relaţia dintre profesor și elev, respectiv student.

Mi-a trecut prin faţa ochilor un cod al profesorilor din Columbia (SUA). în nicio situaţie nu este acceptată o relaţie romantică sau sexuală cu elevii. Mai mult, codul de etică condamnă inclusiv relaţiile cu foștii elevi ai școlii, subliniind impactul pe care îl pot avea asupra percepţiei publice și asupra carierei profesorului. Dacă relaţia a început cât timp persoana avea statutul de elev, este cu atât mai grav.

Câteva principii în relaţia profesor-elev din acest cod:

Luarea în considerare a aspectului și îmbrăcămintei care pot afecta relaţia profesor-elev;

1) Considerarea implicării pe care o poate avea acceptarea/primirea unor cadouri;

2) Implicarea prin contact fizic doar când acesta are un scop clar definit și este în beneficiul elevului, având în vedere siguranţa și starea de bine a elevului;

3) Evitarea relaţiilor multiple cu elevii care pot afecta obiectivitatea și învăţarea sau bunăstarea elevului, sau pot duce la scăderea eficienţei profesorului;

Recunoaşterea faptului că nu există nicio circumstanţă care să permită profesorilor să se angajeze în relaţii romantice sau sexuale cu elevii.

Pentru că Internetul are o influenţă considerabilă asupra tinerilor și profesorilor și este folosit zilnic multe ore, există câteva atenţionări cu privire la folosirea social-media:

Folosirea social-media în mod responsabil, transparent și, în primul rând, în scopul predării și învăţării școlare;

1) Folosirea prudenţei în menţinerea profilurilor virtuale profesionale și păstrarea vieţii personale și profesionale în mod separat.

Astfel, un capitol întreg din Codul de Etică este dedicat abaterilor cu privire la comportamentul sexual în afara școlii sau în școală. Codul atrage atenţia asupra unor comportamente sugestive care implică elevii/studenţii în acte cu caracter sexual precum:

Conversaţii nepotrivite cu conţinut sexual;

a) Comentarii care exprimă dorinţa de a acţiona într-o manieră sexuală;

b) Atingeri nejustificate și inadecvate ale elevilor;

c) Exhibiţionism sexual;

d) Corespondenţă personală (inclusiv comunicare online) cu un elev cu privire la sentimentele profesorului față de elev;

e) Expunerea intenţionată a elevilor la comportamentul sexual al altora inclusiv afișarea de materiale pornografice;

f) Profesorii trebuie să descurajeze și să respingă orice avans de natură sexuală iniţiat de elevi;

g) Profesorii nu trebuie să se angajeze în comportamente care ridică o suspiciune rezonabilă că ˟s-ar angaja sau se vor angaja într-un comportament sexual deviant, sau că standardele aplicate relaţiei profesor-elev au fost încălcate (inclusiv la cei cu vârsta de peste 18 ani – în cazul nostru), inclusiv în afara orelor de școală.

Câteva exemple de comportamente care pot ridica suspiciuni cu privire la încălcarea acestor standarde[3]:

3 Extras din Codul de practică profesională al profesorului, Canbera,

Flirt;

1) Ieșirea în oraș;

2) Petrecerea de timp îndelungat singur cu elevul fără să implice vreo îndatorire profesională;

3) Exprimarea sentimentelor romantice faţă de un elev, în formă scrisă sau în orice altă formă;

4) Conversaţii pe Internet;

5) Oferirea numărului de telefon personal;

6) Participarea la un eveniment/petrecere privată cu elevii în afara școlii;

7) Invitarea la cafea, film sau alte evenimente, singuri sau în compania altora;

8) Oferirea de bani și cadouri.

Câtă atenţie se acordă, de la unele gesturi cu conţinut erotic, la atingeri sau conversaţii cu conţinut sexual sau comunicarea online? Aici sunt primele semne, primii pași. Și odată stopate aceste gesturi, nu se ajunge mai departe. Citeam zilele trecute proiectul programei disciplinei de gimnaziu numită „Consiliere și dezvoltare personală”, care iniţial nu conţinea nicio referire la dezvoltarea sexuală, relaţii erotice, îndrăgostire, educaţie pentru sănătate în școală. Printr-o împrejurare favorabilă, am fost invitat la dezbaterile grupului de lucru la Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei, fapt pentru care sunt recunoscător. Sper ca programa în noul format să conţină și aceste aspecte esenţiale pentru dezvoltarea psihosexuală și psihoemoţională a elevului.

În instituţiile de educaţie serioase din Occident, de la gimnaziu la facultate, există centre de consiliere, consilieri școlari, psihologi în facultăţi, centre de consiliere pentru studenţi și profesori, în adevăratul sens al cuvântului. Există momente vulnerabile și pentru elevi și pentru profesori.

Dintr-o perspectivă obiectivă, ce efect ar fi avut dacă elevul cunoștea rolul psihologului la liceu și ˟s-ar fi ˟îndreptat spre cabinetul acestuia arătându-și îngrijorările, temerile, dorinţele, pasiunile interzise, fiind asigurat de

---

Australia, 2006 - p. 44.

confidenţialitatea profesională, de încrederea psihologului și că acesta nu-l va judeca și condamna cum ar putea face preoţii duhovnici din mediul său? Speculez că relaţia dintre elev și profesoară nu a fost una pur angelică: gânduri, angoase, regrete, frământări, mai ales că nu atât vârsta, diferenţele, statutul fiecăruia, presiunea și interdicţiile mediului religios. Vă daţi seama că este puţin probabil ca această relaţie să se fi desfășurat într-o discreţie totală, că au existat ochi care au văzut și guri care au ponegrit. Lumea lor nu era atât de mare. Oare nu ar fi avut o reală eficientă colaborarea cu psihologul?

Avem o școală slabă și pentru că avem profesori slabi.

Mai am o observaţie. Sunt de părere că în România prea ușor orice persoană ajunge să predea. Nu există o rigoare la capitolul abilităţi, calităţi personale, moralitate și conduită etică. Tot ce contează în învăţământul preuniversitar, de pildă, este să treci un examen naţional scris (titularizare) și să predai câteva ore disciplina pentru care te-ai pregătit. Te întreabă cineva în cadrul unui interviu profesional despre vocaţie, devotament, parcurs profesional, valori morale, conduită exemplară, abateri disciplinare? Nu interesează pe cineva dacă poţi fi un model pentru sutele de elevi în faţa cărora te vei prezenta? îţi oferă cineva un cod de etică de 50 – 100 de pagini pe care să-l citești, să-l semnezi și să ţi-l asumi? Se ocupă vreun director de școală de formarea profesională și consilierea psihologică a profesorilor din acea școală? Aţi auzit de vreun caz în care profesorii, trecând prin perioade de stres, vulnerabilitate, depresie, au fost îndrumaţi spre servicii specializate de consiliere și psihoterapie? Puteţi număra câte inspectorate școlare sau universităţi au în structura lor un departament/serviciu/birou de consiliere psihologică pentru cadrele didactice? Că doar, cât poţi să reziști să predai zi de zi la sute de elevi, ani și ani? Cât de mare să fie această rezistentă? Profesorul nu doar predă, ci și educă, nu livrează informaţii precum Google, ci formează și, mai frumos spus, inspiră. Modele, nu? Cu

toate acestea, notele extrem de mici de la titularizare relevă o altă realitate: slaba pregătire de specialitate a celor care au pe mână destinul educaţional a sute de elevi. Chiar putem permite oricui să ne educe copiii?

În România, orice individ care face un exerciţiu de memorie câteva săptămâni, învăţând programa unei discipline, și care dobândește câteva minime abilităţi de predare a câtorva ore la inspecţie poate deveni profesor. Prea multă formare nu se obţine nici la masteratele de tip modul pedagogic. Caracterul nu se formează prin cursuri! Ce să mai vorbim de abilităţi și calităţi personale, de principii, etică et[. Cunoaştem că în ţara noastră mulţi dintre absolvenţii de studii superioare aleg învăţământul pentru că nu și-au găsit un loc de muncă altundeva, în domeniul lor.

Prostituţie, sarcini nedorite la adolescente, agresiuni sexuale, violuri!

Lipsa educaţiei în școli are și alte efecte asupra societăţii. în primul rând, întărește discriminarea de gen care are rol în conturarea superiorităţii bărbatului în cultura română. România este un stat unde practica prostituţiei se regăsește la fiecare colţ de ţară și, mai grav, românce le, unele minore, sunt exploatate și trimise în afara ţării. Astfel ˇs-a ajuns ca românce le să fie victimele cele mai numeroase ale traficului de fiinţe umane în Europa. în mod oficial, Consiliul Europei ne avertiza că, în perioada 2011 – 2015, numărul total de victime identificate ale traficului de fiinţe umane – conform unui raport GRETA publicat în 2016 – a fost de 4.622. Forma predominantă de exploatare a victimelor în perioada de raportare a fost cea de tip sexual (54% dintre victime), după exploatarea prin muncă (34%) și cerșetoria forţată (6%).

Situaţia nu ˇs-a schimbat deloc în bine în ultimii 10 – 15 ani. îmi amintesc că eram la Roma, în 2008, la o un congres european de sexologie, cu sute de medici și psihologi participant. Când tematica sexualităţii a abordat problematica prostituţiei și a infecţiilor cu transmitere sexuală, a violenţelor sexuale și traficului de persoane, am

văzut că în studiile prezentate de psihologi, în peste 90% din cazurile discutate era vorba despre românce și moldovence. De rușine, nu știam unde să fug. Mi-am luat insigna de la gât și am ascuns-o în buzunarul de la cămașă, ca nu cumva cineva să mă întrebe de unde vin. Auzind afirmaţia înaltului oficial european, mi-am dat seama cât de ineficiente sunt instituţiile noastre, încât am rămas tot de rușinea Europei atâţia ani și tot cu cifre ridicate în ceea ce privește victimele în suferinţă, vieţile traumatizate și vieţile pierdute prin crimă. Problema traficului de fiinţe umane este prea importantă pentru a fi responsabilă doar Poliţia. Bunăoară, preventiv, băncile din Olanda îşi scanează clienţii pentru că nu doresc ca printre aceștia să existe persoane care finanţează traficul de fiinţe umane. Serviciile de securitate antitrafic colaborează cu operatorii de Internet pentru a proteja copiii de a fi racolaţi în mediile virtuale.

Prostituţia nu este cea mai veche meserie, este stare de victimă

În Suedia, infracţiunea de prostituţie nu o comite victima, ci cel care apelează la aceste servicii. El este cel care suportă consecinţele legii. Victimele nu pot fi ˇîn ilegalitate, pentru simplul motiv că sunt victime. Mai mult, dacă este vorba de coerciţie sau înșelăciune, acordul victimei este irelevant. Victimele nu cer ajutor, sunt dificil de identificat, uneori fizic nu arată după cum ne-am aștepta și nu au puterea de a scăpa de controlul reţelelor de crimă organizată. După ce suferă luni și ani la rând abuzuri fizice, teroare, cine mai are puterea să strige după ajutor?

Traficul de persoane în România este un fenomen social și criminal. Nu o spunem noi, o spun alţii. România este în primul rând o ţară de origine pentru victimele traficului, ţinând cont de vulnerabilitatea crescută a populaţiei aflate în căutarea unor oportunităţi mai bune de trai. Cererea de servicii sexuale din partea consumatorilor de astfel de servicii, de asemenea creșterea numărului angajatorilor care au căutat un loc de muncă ieftin, în baza

unui contract în afara sau sub limitele cerinţelor / legale, a încurajat „piaţa” aprovizionării cu victime din ţările europene, vulnerabile din cauza unor condiţii rudimentare de viaţă sau unor atitudini și prejudecăţi care le-au pus în situaţii extrem de periculoase precum cerșetoria și furturile.

În România, poliţistul care amendează victima nu recunoaşte o victimă sau o face pentru că nu știe altceva sau poate, din păcate, pentru că nu înţelege fenomenul și judecă victima. Dar el are obligaţia de a o transfera către alte servicii pentru a fi salvată, ajutată, consiliată juridic, psihoterapeutic, nu să o amendeze. Mai grav este când auzim de cazuri în care poliţiștii devin complici, cunoscând foarte bine reţelele de crimă organizată, clanurile și care deseori, din frică sau complicitate, nu iau atitudine. Din păcate capii acestor reţele, chiar și după ce sunt identificaţi, învaţă din greșeli și se adaptează, se reorganizează în alte reţele. Se pare că, vorba unui procuror din România, una dintre metodele eficiente este confiscarea veniturilor uriașe.

Ce urmează după salvarea victimelor este cea mai mare provocare. Cum să salvezi pe cineva de el însuși? Cum să tratezi, să reabilitezi suflete care ani de zile au fost supuse unor abuzuri fizice, sexuale, psihice, unor violenţe domestice continue, unor tratamente inumane, cărora le este frică să mai iasă pe stradă?

Din păcate, capacitatea statului de a ajuta victimele este limitată și fără prea multe rezultate. Agenţia Naţională împotriva Traficului de Persoane (ANÂTP) se plângea că nu are suficiente resurse, suficient personal și nici măcar vreo relaţie de colaborare sau sprijin din partea presei. A, da, și niciun post de responsabil cu presa/comunicarea. Astfel că tot în sarcina unor ONG-uri implicate activ, cu finanţare internaţională, a căzut responsabilitatea de a sprijini victimele și familiile lor.

Copiii sunt o categorie vulnerabilă, persoanele cu statut social și educaţional scăzute de asemenea, iar cei care locuiesc în mediul rural sunt o altă ţintă pentru

infractori. Poate ar merita mai multe articole dedicate fenomenului „loverboy” Nu doar copiii care practică cerșetoria sunt victime ci și cei care rămân acasă.

Răpite, violate, exploatate în Italia (Ragusa, Sicilia), în luna martie a acestui an, nu un cotidian din România, ci The Guardian atrăgea atenţia cum mii de lucrători agricoli, în special femei românce, suportă abuzuri îngrozitoare, fiind răpite, bătute și exploatate. Când au zis mii, nu au exagerat.

Procurorul Valentina Botti, care anchetează de câteva luni acuzaţiile de abuz sexual și de exploatare a muncii împotriva fermierilor, declara că abuzarea femeilor din România este un „fenomen uriaș” Unele estimări vorbesc de o cifră de 7.500 de persoane (dintre care 5.000 din România), victime care lucrează 12 h/zi la temperaturi de 50 de grade Celsius, în sere și locuiesc în barăci, fără contracte de muncă, fără a fi înregistrate legal.

„Răpirea, abuzul sexual și ţinerea persoanelor în sclavie sunt trei crime majore, pe care le-am detaliat în investigaţiile noastre până în prezent”, declara procuroarea.

„Vorbim despre mii de femei românce ca potenţiale victime ale abuzurilor grave. Foarte puţine femei ne raportează poveștile lor. Cele mai multe acceptă abuzul ca jertfă personală pe care trebuie să o facă dacă vor să îşi păstreze slujbele. Implicaţia pierderii muncii este pentru multe dintre ele devastatoare”.

Cu alte cuvinte, există mii de persoane despre care nu se discută niciodată și care au o viaţă infernală. însă fenomenul atrage un întreg lanţ de alte consecinţe nefaste. Multe dintre victimele exploatării prin muncă devin și sclave sexuale pentru patroni. 19% dintre întreruperile de sarcină din Ragusa sunt ale româncelor. Mai mult, cazurile de copii români născuţi în urma unor violuri și abandonaţi în maternităţi reprezintă un alt fenomen. Dacă cineva îndrăznește să se revolte, familiile din România sunt ameninţate. Ce este foarte grav este că în cadrul acestor reţele de crimă organizată există români care exploatează

alţi români. Scopul lor este evident: obţinerea unor venituri de ordinul milioanelor de euro.

Un simplu calcul matematic asupra prostituţiei în Marea Britanie: într-o zi de lucru de 10 ore, o prostituată încasează aproximativ 1.000 de lire, ceea ce ar însemna cel puţin 20.000 de lire într-o lună (de fapt, în 20 de zile). Dacă reţeaua deţine un minimum de 50 de femei, venitul pentru capul reţelei, pe lună, ar fi undeva la 1.000.000 de lire. Unde se duc toţi acești bani? în cazul cerșetoriei, din datele oferite de poliţia din UK, au fost identificate reţele cu câte 200 de copii care produceau venituri de 16 milioane de lire anual.

40 de copii se sinucid anual

Conform unor estimări, în anul 2015,40 de copii ai căror părinţi trăiau în străinătate ˇs-au sinucis. Cifre despre care nimeni nu vorbește. Mamele care se întorc acasă, după ani de absenţă și fără posibilităţi de reintegrare suferă depresii. Alte victime. Cine îşi asumă responsabilitatea?

Israelul a câştigat lupta împotriva prostituţiei în 2017, o doamnă procuror din Israel, prezentă la București la o conferinţă despre traficul de persoane, a avut un discurs de psiholog, adică plin de înţelepciune, compasiune și umanitate:

„Abuzatorul nu are nicio permisiune de a practica sclavia, chiar dacă în mod inconștient, eronat, lipsită de libertate, victima îşi dă acordul. Victimele, indiferent cine și de unde sunt, nu pot fi responsabile, nici învinovăţite”.

Începând cu anii 2000, când statul Israel a început să se confrunte cu maladia traficului de fiinţe umane, măsurile multiple, inclusiv legislative, nu au întârziat să îşi dovedească eficienţa. O primă lege a fost adoptată în 2006. Aceasta aborda integrativ problematica, cu accent pe colaborarea între stat și ONG-uri. Dacă, în 2003, poliţia a estimat un număr de 3000 de victime ale prostituţiei, în 2005 erau câteva sute, pentru ca în 2010, poliţia din Israel să nu raporteze niciun caz de prostituţie. Deci, se poate!

Ce-l oprește pe un politician să iniţieze o lege?

Încă nu avem răspunsuri. Silvia Tăbușcă a adunat la București, pentru a patra oară, specialiști din diverse ţări și a obţinut sprijinul Ambasadelor Republicii Federale Germania, Regatului Ţărilor de Jos, Regatului Unit, Suediei, Israelului și Statelor Unite la București și finanţare integrală de la Fundaţia Friedrich Ebert din România. Domnule, să vină alţii, străini, să-ţi ţină lecţii de umanitate și de acţiune anticriminală!

Poate discursurile cu cel mai mare impact au fost cele ale procurorilor invitaţi și anume: Dalia Avramoff, procuror din Tel Aviv, Alina Albu, procuror șef al Departamentului pentru Combaterea Crimei Organizate în cadrul DUCOT și Thomas Ahistrand, procuror șef-adjunct al Biroului Procuraturii Internaţionale din Gothenburg (Suedia). Reprezentanţi ai ONG-urilor din Italia și Ţările nordice și-au prezentat eforturile în apărarea drepturilor omului și sprijinirea victimelor. Ce mi s-a părut interesat: un fost poliţist britanic, cu o carieră de 31 de ani, a devenit unul dintre experţii internaţionali în combaterea traficului de fiinţe umane. Britanic, zic.

Când GRETA, Grupul de experţi din partea Consiliului Europei, responsabil pentru monitorizarea implementării convenţiei acţiunii împotriva traficului de fiinţe umane a vizitat România, aceștia au trasat câteva măsuri urgente, printre care:

Instruirea inspectorilor de muncă, a ofiţerilor care aplică legea, a procurorilor și a judecătorilor despre traficul de fiinţe umane în scopul exploatării prin muncă și despre drepturile victimelor;

1) Consolidarea monitorizării agenţiilor de recrutare și de muncă temporară;

2) Sensibilizarea și instruirea profesioniștilor în domeniul protecţiei copilului din întreaga ţară, sensibilizarea copiilor prin educaţie și acordarea unei atenţii deosebite pentru comunităţile de romi și copiilor migranţi, având în vedere numărul victimelor copii și din zonele rurale;

3) Măsuri de asistenţă și protecţie pentru orice persoană identificată ca presupusă victimă a traficului și permiterea victimelor traficului să-și exercite dreptul la despăgubiri.

Cum recunoaştem un pedofil?

Cea mai des întâlnită întrebare pe care o primesc este cea cu privire la profilul pedofilului. Cum ne dăm seama? Cum arată? Cum se îmbracă? Cum îl identificăm, ca să ne ferim de el? Răspunsul corect este că nu există doi pedofili identici și că nu avem un profil unic, simplu de înţeles. În orice caz, nu ne referim la o persoană prost îmbrăcată, fără educaţie, care te sperie când o întâlneşti, care trăiește pe străzi și comite abuzuri doar pe timpul nopţii. în primul rând vorbim de o persoană cu un comportament sexual deviant. Pedofilii sunt diferiţi de violatori. Ei percep relaţia sexuală ca reciprocă și acceptabilă.

Pedofilii au o raţionalizare riguroasă a comportamentului lor, nu consideră că au provocat suferinţă copiilor, ceea ce este extrem de grav, inclusiv în terapia lor. Clinic, pentru că vorbim de experienţe recurente de excitare sexuală intensă, fantezii, dorinţe sexuale sau comportamente care implică activitatea sexuală cu un copil sau copii prepuberi, terapia este de lungă durată. Riscul recidivei este extrem de ridicat, poate cel mai ridicat. Pedofilii diminuează mult sau neagă numărul victimelor, prezintă idei și credinţe distorsionate, cred că nu vor fi prinși, au o lipsă de empatie și sunt consumatori de pornografie.

Pedofilii, când agresează, au un sentiment de atenuare a anxietăţii, singurătăţii și depresiei, în schimb violatorii agresează ca urmare a furiei, ostilităţii și răzbunării și consideră că victima este vinovată.

Ce semne specifice prezintă un copil abuzat?

Un copil care a fost supus unui abuz sexual se retrage în sine, evită să rămână singur cu oamenii (chiar rude sau prieteni), în funcţie de vârstă are un comportament sexual exhibiţionist sau un limbaj sexual

(folosește cuvinte adulte pentru părţile corpului), comportament sexual activ la o vârstă precoce, coșmaruri, apetit alimentar scăzut sau ridicat, modificări ale dispoziţiei, poate simţi frică, nesiguranţă, îşi provoacă singur răni, are enurezis, semne fizice, cum ar fi vânătăi în jurul organelor genitale sau dureri inexplicabile. Uneori, semnele rămân ascunse ani la rând și părinţii nu-și pot da seama, iar de teamă și rușine copiii nu au puterea de a le spune părinţilor.

Efectele abuzului sexual

Legea 272/2004 privind protecţia și promovarea drepturilor copilului, republicată în 2014, în articolul 94 face referire la abuzul emoţional, psihologic și sexual. Astfel, conform legii, prin abuz asupra copilului se înţelege *orice acţiune voluntară a unei persoane care se află într-o relaţie de răspundere, încredere sau de autoritate faţă de acesta, prin care sunt periclitate viaţa, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, și se clasifică drept abuz fizic, emoţional, psihologic, sexual și economic.*

Ce nu scrie în legea noastră dar alte documente internaţionale de protecţie a copiilor menţionează: abuz sexual poate însemna și *activităţi care pot să nu includă un contact, precum implicarea copiilor să privească imagini sexuale, implicarea copiilor în producerea de imagini sexuale și încurajarea să se comporte într-o manieră sexuală nepotrivită* (BBC Child Protection Policy, 2016).

Printre efectele pe termen lung se numără depresia, sentimentele de vinovăţie, rușinea, autoblamarea, tulburările de alimentaţie, tulburările somatice, tulburările de somn, anxietatea, tulburările sexuale și, mai ales, dificultatea de a dezvolta relaţii intime. Predomină, de asemenea, ideile suicidare. O persoană care a trecut printr-un abuz sexual, conform unor cercetări, are un risc de 25 de ori mai mare de a abuza de alcool și de droguri. Din cauza rușinii, a sentimentelor de vinovăţie, dar și din cauza stigmei sociale, în SUA se estimează că doar 32%

din abuzurile sexuale ajung să fie denunţate la poliţie. Și prea puţini dintre agresorii sexuali ajung să fie condamnaţi și să execute ani de pedeapsă. în România, datele sunt extrem de puţine și ceea ce ajunge ca plângere la Poliţie nu reprezintă realitatea.

Soluţiile?

Ce pot face părinţii?

În mod clar, vorbim de soluţii multiple. Părinţii au obligaţia de a asigura protecţia și de a ocroti sănătatea fizică și emoţională a copiilor și de a nu-i lăsa nesupravegheaţi, de a cunoaşte unde sunt și ce fac. Copiii capătă ușor încredere în străini și pot fi ușor ademeniţi. Părinţii au nevoie să fie educaţi cum să recunoască semnele abuzului sexual și mai ales cum să prevină situaţiile de risc. O relaţie puternic afectivă între părinte și copil determină copilul să fie deschis și comunicativ cu părintele său.

Spre exemplu, un copil de 4 – 6 ani nu ar trebui nicio clipă să rămână singur și nesupravegheat, nici pe stradă, nici la grădiniţa unde este însoţit, nici în lift, fiind în permanenţă sub supravegherea unui adult responsabil. Au fost situaţii când copiii au frecventat unele cluburi vocaţionale, fie sportive sau artistice, și acolo, la nivel individual, au intrat în contact, într-o relaţie de încredere, cu un profesor, educator, instructor sau antrenor care mai târziu i-a abuzat. în taberele de vară au existat cazurile unor medici pedofili, iar în alte situaţii au fost vecinii care se ofereau să îi supravegheze cât timp părinţii erau plecaţi la cumpărături.

Lăsarea în grija unui adult, oricine ar fi acela, trebuie făcută cu mare grijă și într-un mod responsabil, verificabil. Ce este mai grav, sunt situaţiile extrem de dificil de prevenit când rudele apropiate sau chiar părinţii îşi abuzează copiii. Părinţii, însă, au obligaţia de a învăţa copilul despre importanţa propriului corp și despre părţile intime și private pe care nimeni nu are voie să le vadă, să le atingă sau, invers, să i se solicite să atingă zonele intime ale unui adult. Nu este suficientă o simplă informare,

discuţiile vor fi eficiente dacă se vor relua. Există niște limite și copilul trebuie să le cunoască. De fapt, părţile intime trebuie să fie numite așa cum sunt ele. Dacă părinţii folosesc cuvinte confecţionate îi vor determina pe copii să creadă că există ceva ciudat sau rușinos în ceea ce privește corpul lor și vor fi și mai reticenţi în a spune dacă cineva i-a atins. Despre părţile intime ca fiind rușinoase, murdare sau chiar păcat avem o întreagă practică în cultura română. Să ne rușinăm de firesc, să negăm de fapt orice formă de sexualitate. Ginecologii ne pot da mărturie despre necunoaşterea propriului corp, despre jena unor pacienţi de a vorbi deschis despre ceea ce este natural și uman.

Esenţial este altceva: cu cât relaţia de încredere și atașamentul părinte-copil sunt mai puternice și mai profunde, cu atât copilul va avea curaj să îi spună părintelui despre orice comportament nepotrivit, care l-a deranjat, inclusiv dacă au fost implicaţi străini.

În sens contrar, un părinte care îşi critică permanent copilul, care nu îi oferă încredere, care nu îl încurajează, nu îi iartă greșelile și nu îi ascultă supărările, nu va afla de la acel copil dacă a fost abuzat, tocmai de frica de a nu fi certat și pedepsit, bătut pentru că va fi considerat el cel vinovat *(tu ești de vină, ești un prost, de ce l-ai lăsat, de ce nu mi-ai zis până acum, nu am ce să-ţi fac, meriţi asta pentru că niciodată nu m-ai ascultat.).*

Încrederea necesită timp și răbdare. Ea se construiește zi de zi, an de an, se exersează și este provocată în întâmplări reale din viaţă, în special în momentele critice, în acele momente când copilul are mai multă nevoie de iubirea și grija părinţilor, nu să fie mustrat și acuzat. Să ai timp să vorbești cu copilul tău, să ai discuţii individuale, separate, în momentele de apropiere emoţională, seara înainte de somn, la masă sau când vă jucaţi împreună. Părinţii sunt încurajaţi să cunoască activităţile, preocupările, petrecerea timpului liber și grupul de prieteni al copilului. Să întrebe interesat și nu doar superficial.

Întreabă copilul despre secrete. Abuzatorii de obicei spun copilului mic că ceea ce ˇs-a întâmplat este secret, este secretul lor și nimeni, nici măcar părinţii nu trebuie să îl știe. Dacă părintele va afla, relaţia dintre ei se va termina și de fapt el, copilul, va fi responsabil și învinovăţit. Să întrebi copilul dacă are secrete: *„ţi-a spus cineva ceva să nu-mi spui mie? Poate fi oricine! Când ˇs-a întâmplat?”* Uneori copilul se poate rușina, poate evita întrebările directe sau poate reacţiona prin răzvrătire.

Ascultă ceea ce zice copilul. Ascultă și când ţi se pare că nu spune adevărul. Personal, cel mai greu mi-a fost să înţeleg când o fetiţă i-a spus în repetate rânduri bunicii că nu mai dorește să rămână în weekend la tatăl ei, divorţat, pentru că o atinge. Neîncrederea bunicii a durat câteva săptămâni, până când ˇs-a dovedit că tatăl chiar îşi abuza propria fiică de nici 11 ani. Dacă suntem suspicioși punem solicita sprijinul experţilor, putem aduce îngrijorarea noastră la lumină pentru a ne asigura că nimic grav nu ˇs-a întâmplat. Copiii spun minciuni, dar spun și adevărul. Copiii pot manipula, dar pot fi și sinceri. Și când este vorba de o suferinţă, copiii sunt doar sinceri. Dă-le crezare cuvintelor copilului, fricilor lui, obsesiilor lui, rușinii lui, confuziei etc. Obișnuiește-te, ca părinte, să asculţi mai mult decât să vorbești, să înţelegi mai mult decât să critici, să pui întrebări suplimentare, întrebări indirecte, de susţinere. Fii un bun ascultător și nu un profesor care le știe pe toate. Fii atent la fiecare cuvânt și gest al copilului *(i-am zis mamei, dar nu m-a crezut, pentru că nu mă crede niciodată.).* Din când în când este indicat să întrebi:

Există ceva ce te îngrijorează, ce te frământă, ce ţi-e greu să-mi spui și despre care ar trebui să știu? Și cel mai frumos lucru este asigurarea că orice ar face este iertat și iubit. Cum ar suna: *Dragul meu, chiar dacă ai făcut o greșeală care ţi se pare cea mai mare greșeală din lume, să știi că noi te iubim la fel de mult și te vom ajuta. Spune-mi dacă cineva ţi-a făcut rău, te-a făcut să suferi, să te simţi incomod, chiar dacă acea persoană este cineva cunoscut, pe care noi o respectăm. Trebuie să fii mereu în*

siguranţă.

Recomandarea mea pentru părinţi este să lucreze la această relaţie emoţională sănătoasă care este baza dezvoltării unui copil echilibrat psihoemoţional.

Reacţia comunităţii

Comunitatea tace și nu-i pasă. Experimente sociale cu abuzatori pe stradă când nimeni nu intervine sunt pretutindeni, și în alte ţări. Din păcate, prea multe cazuri grave nu sunt cunoscute și rămân fără rezolvare. Sunt victime care spun doar apropiaţilor și sunt prieteni care nu încurajează sesizarea organelor competente. Mai grav, abuzurile sexuale au loc uneori chiar în cadrul relaţiilor de cuplu.

Eficienta instituţiilor

Lipsa pedepselor și sancţiunilor este un factor care încurajează abuzurile sexuale. Au fost prinși și eliberaţi. Lipsă de probe. ˇS-a prescris. însă Roman Polanski a fost arestat în 2009, în Elveţia, pentru fapte sexuale care au avut loc în 1977.

Și încă ceva.

Introducerea educaţiei sexuale obli

r

gatorii în școli

Trebuie să ne pregătim copiii pentru lume așa cum este ea, nu așa cum am vrea să fie *(Maria Miller).*

Cele mai eficiente măsuri sunt cele pe termen lung. Un copil trebuie să înveţe despre respectul pentru propriul corp, să înveţe cum să se protejeze, să refuze orice formă de agresiune, atingere nepermisă, să anunţe orice indicii de risc. Și școala poate să facă ceva. Sarcina părinţilor este prea grea. România este una dintre ţările care nu-și educă copiii cu privire la sănătatea vieţii sexuale. Suedia este prima ţară europeană care a introdus educaţia sexuală încă din 1942 și lecţii de educaţie sexuală au fost susţinute prin intermediul radioului inclusiv în 1954. Concomitent au fost create pentru tineri centre care să

asigure servicii de prevenire a sarcinilor nedorite și să promoveze sănătatea sexuală. în prezent sunt peste 240 de centre pentru tineri. în Spania, deși subiecte de educaţie sexuală au fost introduse încă din anii 1970, abia în anul 1981 guvernul a propus o programă holistică de educaţie sexuală care cuprindea etapa preșcolară și până la liceu.

O cercetare din 2012, condusă de psihologul dr. Cornelia Rada de la Academia Română, ne arată limpede câteva aspecte extrem de îngrijorătoare pentru sănătatea populaţiei tinere:

Doar 10% din informaţiile despre sănătatea sexuală au fost primite la școală, sau de la cabinetele medicilor și aceasta ˇs-a întâmplat după vârsta de 14 ani.

1) Doar 4,2% dintre ei au declarat că au discutat cu părinţii despre toate aspectele legate de sexualitate.

Ce înţelegem din aceste date:

Tinerii români nu primesc nicio informaţie despre sexualitatea umană până la 14 ani.

1) Mai târziu, dacă primesc, doar 10% din informaţii vin din surse sigure și credibile precum școală și doctori. Restul de 90 %? Păi, tot din cercetare aflăm că cei mai mulţi ˇs-au informat de la „prieteni și cunoștinţe”.

2) Ce este mai dureros este că nici cu părinţii nu discută. 74% au relatat că nu au discutat cu părinţii deloc despre sănătatea sexuală. Aceeași cercetare ne indică și câteva riscuri! Riscul abuzului sexual, riscul începerii vieţii sexuale înainte de încheierea pubertăţii este corelat cu cancerul de sân, infertilitatea, infecţiile cu transmitere sexuală, HIV, număr mare de parteneri, nefolosirea prezervativului și implicarea în alte comportamente de risc precum consumul de alcool și droguri. Dacă școala are și rol de a promova sănătatea, sănătatea sexuală este o componentă esenţială a sănătăţii în general.

Tratamentul pedofililor

Infracţiunile sexuale reprezintă o problemă socială gravă, o problemă de sănătate publică, o provocare majoră pentru politica socială, și de ce nu, o problemă politică. Reacţiile agresive ale politicienilor nu aduc nicio

schimbare inteligentă. Studiile privind victimele indică niveluri ridicate de incidenţă și prevalenţă și se acceptă faptul că există o proporţie ridicată de victimizare sexuală ascunsă. Sondajele au raportat niveluri ridicate de morbiditate psihiatrică la supravieţuitorii infracţiunilor sexuale.

România nu are un model de practică în ceea ce privește tratamentul persoanelor acuzate și condamnate pentru pedofilie pentru că nu există un tratament. Să explicăm. în penitenciare, unde majoritatea infractorilor ajunge, din nefericire nu se face psihoterapie individuală, chiar dacă unii dintre psihologii din penitenciare au dobândit o formare în psihoterapie. Nu există nici cadru, nici practică, nici eficientă. Statisticile oficiale ale Administraţiei Naţionale a Penitenciarelor ne arată că recidiva este foarte mare în cazul persoanelor care au comis infracţiuni de natură sexuală. Programele de grup pentru infractorii sexuali au o oarecare valoare terapeutică, însă și aici există un grad scăzut de eficienţă datorită modului de organizare. Ce-i drept, citim în presă că la câteva zile de la liberare fostul infractor a comis o altă faptă penală de natură sexuală.

În Statele din America legislaţia implică o monitorizare a pedofilului ani de zile, fie este supravegheat prin brăţări care arată unde se găsește, având, de exemplu, interdicţia de a se apropia la câteva sute de metri de o școală sau o grădiniţă, fie sunt plasaţi într-o zonă de locuinţe protejate. Cât despre terapia farmacologică, în România, nici vorbă.

Nu îmi revine decât să iau exemplul altor state. Tot în America, tratamentele biologice ale infractorilor sexuali au inclus medicamente antilibidou, care cuprind medicamente hormonale care au efect de supresie a ţestosteronului și medicamente care nu afectează hormonii, care afectează libidoul prin alte mecanisme. Cele trei clase principale de medicamente suprimatoare de ţestosteron, în uz curent, sunt: progestogene, antiandrogène și analogi ai hormonului care eliberează gonadotropină (GnRH).

Medicamentele care afectează libidoul prin alte mijloace includ antipsihotice și antidepresive serotoninergice (SSRI) (Khan et al, 2015).

Diferiţi agenţi farmacologici precum ar fi agoniștii hormonului de eliberare a hormonului luteinizant (LHRH) sunt utilizaţi deja în tratamentul tulburărilor parafilice la delincvenţii sexuali. O cercetare recentă a căutat să adune și a identificat 24 de studii eligibile care au inclus 256 de pacienţi. Există dovezi tot mai bune că agoniștii LHRH sunt mai eficienţi decât antiandrogenii steroidieni în scăderea gândurilor și comportamentelor sexuale parafile.

Concluziile acestei metaanalize au fost că agoniștii LHRH sunt un tratament util atunci când sunt combinaţi cu psihoterapia la pacienţii cu tulburare parafilică și cu cel mai mare risc de infectare sexuală. Cu toate acestea, pe parcursul tratamentului este necesară monitorizarea strictă a efectelor secundare, iar preocupările etice trebuie să fie luate în considerare. Autorii au fost sinceri și au menţionat posibilele efecte secundare care apar cel mai frecvent și anume: oboseala, starea depresivă, creșterea în greutate, hipertensiunea arterială, diabetul zahărat, pierderea funcţiei erectile și pierderea densităţii minerale osoase (Turner și Briken, 2018).

Iubire pasională și dorinţă sexuală[45]

Iubirea pasională este la fel de veche ca omenirea. Iubirea sumeriană dintre Inanna și Dumuzi apare în poveștile triburilor cu 2000 de ani înainte de Hristos (Workstein, 1991).

Începând cu anii 1960, cercetători aparţinând diferitelor domenii, folosind o gamă impresionantă de tehnici au încercat să dezvăluie misterele iubirii. Etologii au studiat primatele în sălbăticie. Istoricii au analizat date demografice, arhitectura, manualele medicale, edictele

---

4 Articol tradus în limba română în onoarea, la sugestia și cu acordul autoarei - dr. Hatfield. Cacioppo S. O., Hatfield E. (submitted). Passionate love and sexual desire. In: P. Whelehan

5 A. Bolin (Eds.) Encyclopedia of Human Behavior. Wiley-Blackwell.

bisericești, dosarele juridice, versurile melodiilor și jurnale. în ultimul deceniu, neurologii au început să investigheze biochimia și activitatea creierului celor care se bucură de plăcerile sau suferința iubirii. în acest capitol, vom discuta pe scurt despre informaţiile pe care oamenii de știință le-au acumulat despre acest fenomen imprecis.

Ce este dragostea romantică / pasională?

Dragostea a primit multe definiţii, dar este clar că este vorba de o stare emoţională complexă care implică componente chimice, cognitive, recompensatoare și orientate spre scopuri comportamentale. Aici noi vom defini dragostea pasională ca o stare de dorință intensă de unire cu celălalt. Un întreg complex funcţional, inclusiv evaluări sau aprecieri, sentimente subiective, expresii, procese fiziologice modelate, tendinţe de acţiune și comportamente instrumentale. Dragostea reciprocă (uniune cu celălalt) este asociată cu împlinirea și extazul; în schimb iubirea necorespunzătoare (separarea) este asociată cu golul, anxietatea sau disperarea.

Abordări culturale și antropologice. E adevărat, culturile de multe ori diferă în atitudinea lor fată de dragostea pasională, sensurile pe care i le atribuie și dacă consideră dragostea o condiţie prealabilă pentru căsătorie. Cu toate acestea, majoritatea cercetătorilor din domeniul culturii și antropologiei susţin că dragostea pasională este o experienţă universală, care transcende cultura și timpul.

În familiile indienilor din sudul Tamilului, de exemplu, despre o persoană care se îndrăgostește se spune că suferă de ameţeli, confuzie, intoxicare și iluzie. Speranţele sălbatice și disperarea iubirii se consideră că aduc tulburare. Antropologii sociali au explorat concepţiile populare despre dragoste în culturi atât de diverse precum Republica Populară China, Indonezia, Turcia, Nigeria, Trinidad, Maroc, Pulberea din Camerunul de Nord, Mangrovele (o comunitate australiană aborigenă), Mângâia în Insulele Cook, Palau în Micronezia și Taita din Kenya. în toate aceste studii, concepţiile oamenilor despre

iubirea pasională par să fie surprinzător de asemănătoare.

Cercetătorii sexualităţii folosesc adesea termenii „dragoste pasională” și „dorinţă sexuală” aproape interschimbabil. Acest lucru nu este surprinzător dat fiind faptul că iubirea pasională este definită ca o „dorinţă de unire”, în timp ce dorinţa sexuală este deseori definită ca o „dorinţă pentru uniunea sexuală” Deși aceste două fenomene sunt într-adevăr adesea experimentate împreună, recentele dovezi au scos la lumină similitudinile și diferenţele dintre ele, regăsite în creierul uman (Cacioppo et al, 2012).

Abordări neurologice: în ultimul deceniu, neurologii au început să contribuie la înţelegerea naturii dragostei pasionale și a dorinţei sexuale. în general, studiile FMRI demonstrează că atât pasiunea, cât și scânteia dorinţei sexuale au crescut activitatea în zonele subcorticale ale creierului asociate cu euforie, recompensă și motivaţie, precum și în zonele creierului cortic care sunt implicate în auto-reprezentare și cunoaştere socială (Cacioppo et al, 2012).

În mod particular, ultimele date neuroștiinţifice sugerează că dorinţa sexuală împarte cu iubirea o matrice specifică în striatum, talamus, hipocampus, cortex cingular anterior (AĆĆ), girusul frontal mijlociu (MFG), girus temporal superior (STG), girusul precentral, TPJ și cortexul occipito-temporal.

Coactivarea subcorticală a zonelor legate de emoţie și corticala de ordin superior care mediază funcţii cognitive mai complexe (de exemplu, imaginea corporală, asociaţii mentale și autoreprezentare) consolidează modelul neuro-funcţional de relaţii / / interpersonale și rolul potenţial al experienţelor trecute asupra viitoarelor sentimente, emoţii și comportamente. Comparând dragostea cu dorinţa sexuală, activitatea a fost demonstrată ca fiind diminuată în striatum ventral, hipotalamus, amigdală, cortexul somatosenzorial și IPL.

Aceste diminuări sunt în concordantă cu dorinţa sexuală ca status motivaţional, cu un obiectiv specific, în

timp ce iubirea pasională ar putea fi considerată mai abstractă, flexibilă, complexă și comportamentală și care este mai puţin dependentă de prezenţa fizică a unei alte persoane. Dragostea este asociată cu mai multă activare intensă a zonei tegmentale ventrale (VTA) și o anumită recrutare de activităţi în regiunile mai dorsale ale striatumului drept, două regiuni bogate în dopamină implicate, în general, în motivaţie, recompensă și formarea obiceiurilor. Aceste constatări întăresc importanţa unor stimulente specific orientate către obiective pentru mintea cuiva care se îndrăgostește. Activarea acestor arii subcorticale bogate în dopamină, în special în timpul experienţelor de dragoste pasională este în concordanţă cu studiile psihologice care definesc dragostea ca pe o recompensă, experienţă pozitivă și motivantă.

Interesant este că partea anterioară a insulei ˇs-a dovedit a fi activată semnificativ de sentimentele de dragoste, în timp ce partea posterioară este activată în mod semnificativ de sentimentele de dorinţă sexuală. Acest lucru este în concordanţă cu argumentul potrivit căruia dragostea este un construct abstract, care se bazează parţial pe reprezentarea mentală a momentelor emoţionale din trecut repetate cu altă persoană.

Acest model specific de activare sugerează că dragostea se bazează pe un circuit neuronal pentru emoţii și plăcere, la care se adaugă regiuni asociate cu așteptarea recompensei, formarea obiceiurilor și detectarea trăsăturilor. în mod special, activarea comună în interiorul insulei, cu un model posterioranterior, de la dorinţă la iubire, sugerează că iubirea crește și este mai mult reprezentarea abstractă a experienţelor senzorimotorii plăcute care caracterizează dorinţa. Din aceste rezultate, se poate trage concluzia că dorinţa și dragostea aparţin unui spectru care evoluează din reprezentările integrative ale afectivităţii la o reprezentare finală a sentimentelor încorporând mecanismele de așteptare a recompensei și obiceiurile învăţate.

Dragostea și calitatea vieţii: Când relaţiile

pasionale au loc într-o manieră pozitivă, ele sunt asociate cu bucurie, mulţumire și o îmbunătăţire a sănătăţii mentale. Cei îndrăgostiţi ˇs-au dovedit, de asemenea, a fi mai rezistenţi la stres, mai puţin sensibili la durere, și este mai puţin probabil să fie tentaţi de consumul de nicotină și alte droguri. Dragostea este, de asemenea, legată de frecvenţa și varietatea activităţii și satisfacţiei sexuale a cuplului.

Desigur, după cum am menţionat în definiţia noastră, dragostea are o latură întunecată. Când pasiunea este întreruptă, înfrântă sau pierdută, de multe ori oamenii experimentează sentimente subiective de izolare socială (singurătate), durere, tristeţe și simţul abandonului, adică o serie de sentimente și percepţii subiective care pot afecta sănătatea mintală, precum și sistemul imunitar. **Dragostea poate îmbogăţi vieţile noastre; pierderea ei poate provoca mizerie și suferinţă.**

Anexă

Test Screening pentru Adicţia Sexuală

Testul Screening pentru Adicţia Sexuală (TSAS) 6 este conceput pentru a ajuta la evaluarea comportamentului sexual compulsiv, care poate indica prezenţa dependenţei de sex. Dezvoltat în colaborare cu spitalele, programele de tratament, terapeuţii privaţi și grupurile comunitare, TSAS furnizează un profil de răspunsuri care ajută la diferenţierea comportamentului de dependenţă de cel de non-dependenţă. înainte de a începe evaluarea, sunt necesare niște informaţii de bază pentru a putea construi profilul.

Bifează genul: bărbat/femeie și orientarea: heterosexual, bisexual, homosexual.

1.	Ai fost abuzat sexual în copilărie sau adolescenţă?	Da	Nu
2	Părinţii tăi au probleme cu comportamentul sexual?		
3	Deseori te simţi preocupat de gânduri sexuale?		
4	Crezi că comportamentul tău		

	sexual nu este normal?		
5	Te simţi vreodată rușinat de comportamentul tău sexual?		
6	Comportamentul tău sexual a creat vreodată probleme pentru tine și pentru familia ta?		

& Testul se găsește online la: www˙recoveryzone˙com și www˙psychology-tools˙com. ő 22008, PJ. Carnes, Sexual Addiction Screening Test – Revised.

7	Ai solicitat vreodată ajutor pentru comportamentul sexual care nu ţi-a plăcut?	Da
8	A fost cineva rănit emoţional din cauza comportamentului tău sexual?	
9	Sunt oricare dintre activităţile tale sexuale împotriva legii?	
10	Ai depus eforturi pentru a renunţa la un tip de activitate sexuală și ai eșuat?	
11	Îţi ascunzi unele comportamente sexuale fată de ceilalţi? / /	
12	Ai încercat să oprești anumite părţi ale activităţii tale sexuale?	
13	Te-ai simţit dezonorat de comportamentele tale sexuale?	
14	După ce faci sex, te simţi deprimat?	
15	Te simţi controlat de dorinţa ta sexuală?	
16	Au fost neglijate părţi importante din viaţa ta (cum ar fi: locul de muncă, familia, prietenii, activităţile de petrecere a timpului liber) pentru că ai petrecut prea mult timp preocupat de sex?	
17	Te gândești vreodată că dorinţa ta sexuală este mai puternică decât tine?	
18	Sexul este aproape tot la ce te gândești?	
19	Ai făcut sex (sau ai avut fantezii romantice) ca o cale de a scăpa de	

	problemele tale?	
20	Sexul a devenit cel mai important lucru din viaţa ta? /	
21	Ești în criză în ceea ce privește sexul?	
22	Internetul ţi-a creat probleme sexuale?	
24	Ai achiziţionat servicii online în scopuri erotice (site-uri pentru întâlniri, pornografie, fantezie și prieteni)?	
25	Ai folosit Internetul pentru a crea legături romantice sau erotice cu oamenii online?	
26	Ai în jurul tău oameni afectaţi de activităţile tale sexuale online?	
27	Ai încercat să îţi oprești comportamentele sexuale online?	
28	Te-ai înscris sau ai cumpărat sau închiriat în mod regulat materiale explicit sexuale (reviste, videoclipuri, cărţi sau pornografie online)?	
29	Te-ai comportat într-o manieră sexuală cu minorii?	
30	Ai cheltuit mult timp și bani pe cluburi de striptease, sexshopuri și filme de închiriat pentru adulţi?	
31	Ai folosit prostituţia sau serviciile de escortă pentru a-ţi satisface nevoile sexuale?	
32	Ai petrecut mult timp online pe site-uri porno?	
33	Ai folosit reviste, videoclipuri sau pornografie online chiar și atunci când a existat un risc considerabil de a fi prins de membrii familiei care ar fi deranjaţi de comportamentul tău?	
34	Ai achiziţionat în mod obișnuit	

		romane erotice sau reviste cu caracter sexual explicit?
35		Ai plătit pentru sex cu bani sau cadouri?
36		Ai avut mai multe relaţii erotice sau sexuale în același timp?
37		După o activitate sexuală, te poţi abţine uneori de la orice fel de sex pentru o perioadă mai îndelungată?
38		Te-ai implicat în mod regulat în comportament sadomasochist?
39		Ai frecventat saloane de sex, cluburi sexuale sau librării pentru adulţi ca parte a activităţii tale sexuale obișnuite?
40		Ai fost implicat (a) într-un act sexual neprotejat sau „riscant”, chiar dacă ai știut că îţi poate provoca daune?
41		Ai mers în locuri publice, zone de odihnă sau parcuri pentru a căuta să faci sex cu străini?
42		Crezi că sexul ocazional sau anonim te-a împiedicat să ai mai multe relaţii intime pe termen lung?
43		Comportamentul tău sexual poate conduce la riscul de a fi arestat pentru că este un comportament deviant sau indecent public?
44		Ai fost plătit pentru a face sex?

Se estimează că dependenaţa sexuală afectează un procent de 3 – 6% din populaţia generală. Cu toate acestea, mulţi clinicieni nu dispun de criterii și instrumente validate pentru depistarea cazurilor posibile. Spre informare, dacă aţi răspuns cu „da” la 7 sau mai multe dintre itemii 1 – 20, atunci trebuie să vă puneţi

întrebări și să consultaţi un specialist cu privire la sexualitatea dumneavoastră. Itemii 21 – 44 ajută la clarificarea modului în care se manifestă problema sexuală.

Dependenţa sexuală are mai multe dimensiuni analizate în test, spre exemplu: preocupare (itemii 3,18,19, și 20), pierderea controlului (itemii 10,12,15, și 17), disfuncţii în relaţie (itemii 6,8,16, și 26), perturbare afectivă (4,5,11/13 și 14).

Bibliografie

André J. — Psihanaliza și sexualitatea feminină. Edit. Trei, București, 2003.

1. Abramowitz J.S., Houts A.C. — What is OCD and what is not: problems with the OCD spectrum concept. *Sei Revment Health Pract* 2002,2, pp. 372 – 390.
2. Andreassen C.S., Pallesen S., Griffiths M.D., Torsheim T., Sinha R. — The Development and Validation of the Bergen-Yale Sex Addiction Scale With a Large National Sample. *Front Psychol* 2018,9: 144. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00144.
3. Armstrong A., Quadara A., El-Murr A., Latham J. — The efects of pornography on children and young people: An evidence scan. Melbourne Australian Institute of Family Studies, 2017.
4. Avenia F. – Essenza e progetto. *Riv Sessuo* 2000, nr. 4.
5. Avenia F., Pistuddi Annalisa – Manuale sulla sexual addiction. Franco Angeli, Milano, 2007.
6. Bancroft J., Vukadinovic Z. — Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a teoretical model. / *Sex Res* 2004,41,225 – 234.
7. Bălăceanu-stolnici Ctin., Papari C.A., Papari A., Cozaru G.C., lomandescu LB. — Tentaţie și dependenţă. Edit, fundaţiei Andrei-Șaguna, Constanţa, 2012.
8. Bergner R. — Sexual compulsion on heavy pornography involvement for romantic parteners; research and clinical implication. *l Sex Mărit Ther* 2002,28, pp. 193 – 206.
9. Bird M.H. — Sexual Addiction and marriage and family

therapy: facilitating individual and relafion↴hip healing through couple therapy. *J Mărit Fam Ther* 2006, Oxford, vol. 32, iss. 3, pp. 297 – 311.
10. Blankenship R., Laaser M. – Sexual addiction and ADHD; is there any connection? *Sex Addict Compuls* 2004,11: 7 – 20.
11. Bostwick M., Bucci J.A. – Internet sex addiction treated with Naltrexone, *Mayo Clin Proceed* 2006, Rochester, vol. 83, iss. 2, pp. 266 – 280.
12. Brody S., Kruger, T.H. — The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety. *Biol Psychol* 2006, nr. 71, pp. 312 – 315.

Bourke M., Hernandez A. – The Butner Study redux: A report of the incidence of hands-on child victimization by child pornography offenders. *J Fam Viol* 2009,24: 183 – 91.

13. Cacioppo S.O. Hatfield E. — Passionate love and sexual desire. În: Whelehan P., Bolin A. (eds.), Encyclopedia of Human Behavior, Wiley-Blackwell, 2012.
14. Calame C. — Eros în Grecia Antică. Edit. Symposion, București, 2004.
15. Carnes P.J. — Donչt call it love: recovery from sexual addiction. Bantam Books, New York, 1991.
16. Carnes P.J. — Sexual addiction and compulsion: recognition, treatment & recovery. *CNS Spectrums* 2000,5 (10): 63
    72.

Carnes P.J., Delmonico D., Griffin M.A., Moriarty J. — În the Shadows of the Net: Breaking Free of Compulsive Online Sexual Behavior. Center City, MN: Hazelden, 2001.

17. Carroll J., Padilla-Walker L.M., Nelson LJ. — Generaţion XXX: Pornography acceptance and use among emerging adults. *J Adoles Res* 2008,23: 6 – 30.
18. Cattaneo Z., Vecchi T. — Psicologia delle diferenze sessuali. Carocci, Roma, 2006.
19. Chouinard G., Goodman W., Greist J., Jenike M.,

Rasmussen S., White K., Hackett E., Gaffney M., Bick P.A. – Rezults of a double-blind placebo controlled trial of a new serotonin luptake inhibitor, Sertraline, în the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol Bui* 1990,26 (3): 279 – 84.
20. Collins R.L., Elliott M.N., Berry S.H., Kanouse D.E., Kunkel D., Hunter S.B., et al – Wat[hing sex on television predicts adolescent iniţiation of sexual behavior. *Pediatrics* 2004,114: 280 – 9. [Pubmed]
21. Copăceanu M. – Freud sau religia. Totem. Iluzie. Critică. Edit. Agnos, Sibiu, 2008.
22. Curry S.J., Ludman E.J., MC˙Clure J. — Self administrered treatment for smoking cessation. *J Clin Psychol* 2003,59, pp. 305 – 19.
23. Dafinoiu I., Varga, J.L. — Psihoterapii scurte. Strategii. Metode. Tehnici. Edit. Polirom, Iași, 2005.
24. De Guzman în, Arnau R.C., Green R.A., Carnes S., Carnes P., Jore J. — Empirical Identification of Psychological Symptom Subgroups of Sex Addicts: An Application of Latent Profile Analysis, Sexual Addiction & Compulsivity. *J Treat Prev* 2016, vol. 23, pp. 34 – 55.
25. Denzin N., Lincoln Y. — Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, Sage, CA, 1994.
26. Dèttore D. – Îl disturbo ossesivo-compulsivo. Caratterstiche cliniche e technice di interventi. MC˙Graw Hill, Milano, 1998.
27. Dhuffar M.K., Griffiths M.D. – Barriers to female sex addiction treatment în the UK. *˙l Behav Addict* 2016,5 (4): 562 – 567. doi: 10.1556/2006.5.2016.072. Epub 2016, Oct 27.
28. Di Maria F. – Sesso compulsive. *Psicol Contemp* 2004, nr. 185, pp. 24 – 30.
29. Dolto Fr. – Sexualitatea feminină. Edit. Trei, 2005.
30. Eco Umberto – Cum se face o teză de licenţă. Edit. Pontica, Craiova, 2000.
31. Eisemnan R., Dantzker M.L., Lee Ellis – Self Ratings of Dependency/Addiction Regarding Drugs, Sex, Love, and Food: Male and Female Collège Students, *Sex Addict*

Compulsiv 2010,11: 3,115 – 127, doi: 10.1080/10720160490521219.
32. Enăchescu Ctin. — Tratat de psihosexologie. Edit. Polirom, Iași, 2003.
33. Evola J. — Metafizica sexului, Edit. Humanitas, București, 2002.
37 Griffin-Shelley E. — Psychology. Sex and Love: Addiction, treatment, and recovery. *Anderson WP Choice* 1991, Middletown, vol. 29, iss. 4.
Havelock E. — Psychology of Sex. Mentor Books. New York, 1963.
38. Fernandez-Guasti A., Rodriquez-Manzo G. — Pharmacological and psychological aspects of sexual exhaustion în male rats. *Scand l Psychol* 2003,44 (3), pp. 257 – 216.
39. Fisher H.E. — Anatomy of love. The natural history of monogamy, adultery, and divorce. Norton and Comp., New York, 1992.
40. Fossum M., Mason M. – Îl sentimento di vergogna. Astrolabio, Roma, 1987.
41. Freud Sigmund – Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii. în: Freud, Opere 6. Studii despre sexualitate (1905). Edit. Trei, București, 2001.
42. García F.D., Thibaut F. – Sexual addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010,36 (5): 254 – 60.
43. Giddens A. – Sociologie. Edit. All, București, 2000.
44. Giordano A.L., Cashwell C.S. – Cybersex Addiction Among Collège Students: A Prevalence Study, Sexual Addiction & Compulsivity. *J Treat Prev* 2017, vol. 24, pp. 47 – 57.
45. Glasser W.F. – Sexual addiction: an integrated approach. *Austral N Zeel J Psych* 2009, vol. 34, iss. 2, pp. 350.
47 Goodman A. – Addiction Defined: diagnostic criteria for addictive disorder. *Am J Prevent Psych* 1989,2 (1), pp. 12 – 15.
Goodman A. – Addiction: Definition and implication. *Brit J Addict* 1990, nr. 85, pp. 1403 – 08.

48. Goodman W.K., Prince L.H., Rasmussen S.A., Mazure C., Delgrado P., Heninger G.R. Charney D.S. – The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, ÎI. Validity. *Arches Gen Psych* 1989,46, pp. 1012 – 16.
49. Granata G. — Homeopatic și sexualitate. Edit. Polirom, Iași, 2005.
50. Grayson H. — Mindful Loving. 10 practices for creating deeper connections. Gotham Books, New York, 2004.
51. Haas A., Haas K. — Understanding Sexuality. Times Mirror *I* Mosby. Collège Publishing, Boston, 1990.
52. Haid G.M., Malamuth N.M., Yuen C. — Pornography and attitudes supporting violence against women: Revisiting the relafion↴hip în nonexperimental studies. *Aggress Behav* 2010,36: 14 – 20. [Pubmed]
53. Hatfield Elaine, Rapson R.L. — Love, sex and intimacy. Their psychology, biology, and history. Harper Collins Collège Publishers, New York, 1997
54. Hatfield Elaine, Rapson R.L. — Love and Sex. Cross-Cultural Perspectives. Ally and Bacon, 1996.
55. Hilton D.L., Watts C. — Pornography addiction: A neuroscience perspective, *Surg Neurol Int* 2011,2: 19.
56. Hyman S.E. — Addiction: a disease of learning and memory. *Am J Psych* 2005, nr. 62, (S), pp. 1414 – 22.
57. Irvin Janice – Disorders of Desire. Sexuality and Gender în Modern American Sexology. Temple University Press, Philadelphia, 2005.
58. Kaplan H.L, Sadock B.J. — Psichiatria. Manuale di scienze del comportamento e psichiatria, vol. 1. Centro Scientifico Torino, 2001.
59. Kaplan H.S. – I disturbi del desidero sessuale. Gli sviluppi teoretici e practici della nuova terapia sessuale. Oscar Mondadori, Milano, 1989.
60. Kast Davis Charlotte – Women, sex and addiction. A search for love and power. Ticknor & Fields, New York, 1989.
61. Khan O., Ferriter M., Huband N., Powney M.J., Dennis J.A., Duggan C. — Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are a˟t risk of

offending. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, (2): CD007989. doi: 10.1002/ 14651858. CD007989. pub2.
62. Kühn S., Gallinat J. — Brain Structure and Funcţional Connectivity Associated With Pornography Consumpţion. The Brain on Porn. *JAMA Psych* 2014, doi: 10.1001/ jamapsychiatry.93.

Krüger T.H., Haake P., Hartmann U. Orgasm-induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive?. *Neurosci Biobehav Rev* 2014, nr. 26, pp. 31 – 45.

63. Krüger T.H., Haake P., Haverkamp J., Krämer M., Exton M.S., Sailer B., Leygraf N., Hartmann U., Schedłowski M. – Efects of acute prolactin manipulation on sexual drive and funcţion în males. *J Endocrinol* 2003,179 (3): 357 – 65.
64. Lacquer T. — Corp și sex de la greci la Freud. Edit. Humanitas, București, 1998.
65. Laudmann E.O. ˟el al – The Social Organization of Sexuality: sexual practices în the U.S. Chicago University Press, 1994.
66. Lerner A.G, Gelkopă M., Sigal M., Oyffe I. — Indicators of good prognosis în Naltrexone treatment: a five-year prospective study. *Addict Res Theor* 1997, vol. 4, iss. 4, pp. 385 – 391.
67. Manning J. — Senate Testimony. 2005, Nov 10, referencing: J. Dedmon: „Is the Internet Bad for Your Marriage? Online Affairs, Pornographic Sites Playing Greater Role în Divorces" 2002, press release from American Academy of Matrimonial Lawyers, 14.
68. Milrad R. — Co-addictive recovery: early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sex Addict Compuls* 1999,6, pp. 125 – 136.
69. Martin N.G. — Human neuropsychology. Prentice Hall Europe, Great Britain, 1998.
70. Masters W.H., Johnson V.E. — Human sexual response. Little Brown and Co, Boston, 1966.
71. Masters W.H., Johnson V.E. — Lȝatto sessuale nellȥuomo e nella dona. Indagine sugli aspetti anatomici e fiziologici. Feltrinelli, Milano, 1975.

72. Mick E. — Adult ADHD increase the risk of substance abuse. *Clin Psych News* 1998,26 (2), 5 – 12.
73. Milkman H., Sunderwirth S. – Graving from extasy: the consciousness and chemistry of escape, Lexington Books, 1987.
74. Mitrofan Iolanda – Psihologia vieţii de cuplu, între iluzie și realitate. Edit. Sper, București, 2002.
75. Mogoș Voichiţa, Mogoș Simona – Disfuncţii sexuale masculine. Edit. Gr. T. Popa, U.M.F. Iași, 2007.
76. Moore Susan, Rosenthal Doreen – Adolescenza e sessualită. Franco Angeli, Roma, 1999.
77. Oltmanns T.F., Neale J.M., Davinson G.C. — Case studies în abnormal psychology. bth ed., Wiley, New York, 2003.
78. Parot Françoise, Doron R. — Dicţionar de Psihologie. Edit. Humanitas, București, 2006.
Pârvu C., Ene I., Codescu A, Cernât M., Mușat E.M., Simion P. – Sexualitatea și sănătatea umană. Edit. Tehnică, București, 2000.
79. Pedinielli J.L., Rouan G., Bertagne P. – Psychopathologie des addictions. Press Universitaires de France, 1998.
80. Peele S., Brodsky A. – Love and Addiction. Broadrow Publicaţions, 1975.
81. Perry S.L. — Does Viewing Pornography Reduce Marital Quality Over Time? Evidence from Longitudinal Data. *Arch Sex Behav* 46,2017, nr. 2: 549 – 559.
82. Peteanu M. – Educaţia relaţiilor dintre sexe. Edit. Didactică și Pedagogică, București, 1973.
83. Pollets D. – Internet Sex Addiction: Case Studies and Treatment. Is Internet sex addiction ruining your relationↄhip?. *Psychol Today* 2008, www˙psychologytoday˙com
84. Poudat Françoise – La dipendenza amorosa. Quando lȝamore e il˙ sesso diventano una droga. Castelvecchi, 2006.
85. Prelipceanu D., Voicu V. – Abuzul și dependenţa de substanţe psihoactive. Manual pentru studenţii în medicină și medicii rezidenţi psihiatri. Edit. Infomedica,

București, 2004.
86. Price R.P., Regnerus M., Walley J. — How Much More XXX Is Generaţion X Consuming? Evidence of Changing Attitudes and Behaviors Related to Pornography Since 1973. *J Sex Res* 53,2016, nr. 1: 12 – 20.
87. Rada Cornelia, Turcu Suzana, Bălăceanu-stolnici Ctin., Prejbeanu Ileana – Aspecte ale determinismului cultural în comportamentul sexual. *Stud cercet antropol* 2012, nr. 2, p. 33 – 42.
88. Rathus S., Nevid J.S., Rathus L.F. – Human sexuality în a world diversity. Allyn and Bacon, Boston, 1993.
89. Raviv M. – Personality characteristics of sexual addicts and pathological gambles. *J Gambl Stud* 1993,9, pp. 7 – 13.
90. Reed R.C., Blaine D.A. – Sexual addictions. *Holist Nurs Pract* 1988, Aug. 2 (4): 75 – 83.
91. Reich W. — Funcţia orgasmului. Psihopatologia și sociologia vieţii sexuale. Edit. Trei, București, 1995.
92. Reiss I.L. — Journey into Sexuality. An exploratory voyage. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1986.
93. Ricoeur P. – Despre Interpretare. Eseu asupra lui Freud. Edit. Trei, București, 1998.
94. Romando-Torres M., Phillips-Farfan B., Chaviara R., Rodriquez-Manzo G. — Relaţion between sexual satiety and brain androgen receptors. *Neuroendocrinol* 2007,85 (l): 16 – 26.
95. Romilă A. (coord.) – Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, ed. a IV-a, reviz. DSM-IV-TR. Edit. Asoc. Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.
96. Ryback R. — Naltrexone în the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psych* 2004,65 (7), pp. 982 – 986.
Sadock B.J., Sadock A.V. – În: Kaplan & Sadock3s Comprehensive Textbook of Psychiatry (vol. 2). Lippincott Williams & Wilkins, 7th ed., 2000.
97. Săhleanu V., Măicănescu M., Ionescu B. — Probleme de

sexologie masculină, București, 1958.
98. Schaeffer Brenda – Dragoste sau dependenţă? Cum să recunoști iubirea sănătoasă. Edit. Trei, București, 2012.
99. Schneider l., Schneider B. — Couple recovery from sexual addiction/co-addiction: rezults of a survey of 88 marriages. *Sex Addict Compuls* 1996,3, pp. 111 – 126.
100. Scheneider J., Schneider B. — Sex, lies, and forgiveness: couples speaking out on healing from sex addiction. Center City, Hazelden Educaţionall Materials, 1991.
101. Scheneider J.P. How to recognize the signs of sexual addiction. Asking the risk questions may un cover serious problems. *Postgrad medi-sex addict* 1991, vol. 90. nr. 6.
102. Schmitz J., Stotts A., Rhoades H., Grabowski J. — Naltrexone and relapse prevention treatment for cocainedependent patients. *Addie Behav* 2001,26, (2), pp. 167 – 180.
107 Schwartz Stefanie, Abramowitz A., Jonathan S. – Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study. *Cogn behav pract* 2003, vol. 10, iss. 4, pp. 372 – 377.
Snowdon C.T., Ziegler T.E. — Variation în prolactin is related to variation în sexual behavior and contact afiliation. PLOS One; 10 (3): e0120650. doi: 10.1371/journal. pone.0120650. elollection, 2015.
108. Stoica T. — Sexologie. Edit. Medicală, București, 1972.
Strominger L. — Psihofiziologie Sexuală. Psihologia sexuală a copilului, bărbatului și femeii. Edit. Antet XX Press, București, 2000o.
Svedin C.G., Akerman I., Priebe G. — Frequent users of pornography: a population based epidemiological study of Swedish male adolescents. *J Adol* 2011,2,34 (4): 779 – 788.
109. Swinson R., Anthony M., Rachman S., Richter M. – Obsessive compulsive disorder: theory, research, and treatment. Guilford Press, New York, 1998.

110. Șelaru M. – Comportamentul sexual deviant. Edit. Moldova, Iași, 1993.
111. Totoianu Gh. — Sexualitatea umană. Casa de Editură Mureș, Târgu-Mureș, 1995.
112. Turner D., Briken P. – Treatment of Paraphilie Disorders în Sexual Offenders or Men With a Risk of Sexual Offending With Luteinizing Hormone˟-˟Releasing Hormone Agonists: An Updated Sistematic Review. *J Sex Med* 2018,15 (l): 77 – 93. doi: 10.1016/j. jsxm.2017.11.013.
113. Volkow N.R. — The Science of Addiction. *Iun Schol* 2006, NY, voi. 109, iss. 6, pp. 18 – 35.
114. Voon V., Mole T.B., Banca P., Porter L., Morris L., Mitchell S. ˟et al – Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity în Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours, 2014, PLOS ONE 9 (7): el02419. hffps: //doi˙org/ 10.1371 /journal. pone.0102419.
115. Wan M., Finlayson R., Rowles A. – Sexual dependency treatment outeome study. *Sex Addict Compuls* 2000,7 (3), pp. 177 – 196.
Wayne M. – Sex Addiction: Case Studies and Management. *J Nervment Dis* 1997, vol. 185, iss. 1,1997
Wayne, Myers A. – Addictive sexual behavior. *Am l Psychother* 1995, New York, vol. 49, iss. 4, pp. 473 – 484.
116. Williams L.M., Das P., Harris A., Liddell B.B. ˟et al – Dysregulation of Arousal and Amygdal-Prefontral Systems în Paranoid Schizophrenia. *Am J Psych* 2004,141, pp. 480 – 489.
117. Young K., Griffin-Shelley E., Cooper A., O Mara J., Buchanan J. — Online infidelity: a new dimension în couple relafion↬hips with implications for evaluation and treatment. *Sex Addict Compuls* 2000, II, pp. 57 – 59.
118. Zamfirescu V. Dem. — Introducere în psihanaliza freudiană și postfreudiană, ed. a II-a, Edit. Trei, București, 2007.

Dicţionare

Oxford Dicţionary of Psychology – Colman A., Oxford University Press, 2006.
Dicţionar de Psihologie – Parot Fr., Doron R. Edit. Humanitas, București, 2006.
1. *Dicţionar de Psihanaliză* – Roudinesco E., Plon M., Edit. Trei, București, 2002.
2. *Dicţionar latin-român* – Guţu Gh., ed. a III-a, Edit. Humanitas, București, 2012.
3. *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale* (DSM IV) – Romilă A. (coord.). Edit. Asociaţiei Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.

hffps: //www˙themeadows˙com/blog hffps: / / www˙provenmen˙org/2014Pornăurvey/

Mihai Copăceanu ˇs-a specializat în adicţii în Marea Britanie, absolvind un program masteral la Institutul de Psihiatrie (King3s Collège London), lucrând cu dependenţii de heroină și obţinând burse de cercetare la Universitatea din Oxford (Balliol Collège). Cercetează consumul de substanţe psihoactive în rândul adolescenţilor în cadrul unui proiect doctoral sub coordonarea Academicianului Constantin Bălăceanu-stolnici. Este activ în dezbaterile publice și scrie constant pe blogurile adevărul˙ro încă din 2013. A publicat „Drogurile. O carte obligatorie” (Ed. Eikon, 2018) și „Freud sau Religia” (Ed. Agnos, 2008).